

УДК 364(075.8)
ББК 65.272я73
П16

Рекомендовано Ученым советом
гуманитарного факультета
28 октября 2005 г., протокол № 1

Р е ц е н з е н т ы:

доктор медицинских наук, доцент *В. А. Доморацкий*;
кандидат медицинских наук, доцент *О. А. Кульпанович*

Пантюк, И. В.

П16 Социальные инновации : учеб.-метод. комплекс для студентов гуманитарного факультета специальности 1-86 01 01 «Социальная работа (по направлениям)» специализации 1-86 01 01-02 «Социальная работа (социомедико-психологическая деятельность)» / И. В. Пантюк. – Минск : БГУ, 2008. – 66 с.

ISBN 978-985-485-604-9.

Учебно-методический комплекс содержит примерный тематический план лекционных и семинарских занятий по курсу «Социальные инновации», конспект лекций, вопросы к семинарским занятиям, а также темы рефератов, вопросы к зачету и список литературы. В нем изложены инновационные технологии социального обслуживания населения, проанализированы приоритеты инновационной политики государства в социальной сфере.

Предназначено для студентов гуманитарного факультета.

УДК 364(075.8)
ББК 65.272я73

ISBN 978-985-485-604-9

© Пантюк И. В., 2008
© БГУ, 2008

ПРЕДИСЛОВИЕ

Настоящее время в истории человечества характеризуется новым типом общества – постиндустриальным, принципиальное отличие которого заключается в том, что главной ценностью становится не земля и не капитал, а знание; основным товаром является информация. Большинство высокоразвитых стран переходит от индустриального общества к информационному через технологические инновации. Новые технологии являются фактором социальных преобразований, которые непосредственно меняют не только условия и содержание труда человека, науку, образование, но и все сферы жизнедеятельности. Трансформируются культурные комплексы, состав социальных групп, взаимоотношения между людьми. В целом меняется материально-экономический фундамент общества, происходит переворот в социальной картине мира.

Информатизация общества является социотехническим процессом, в котором и технические, и социальные элементы взаимосвязаны и оказывают друг на друга взаимное влияние. Новые технологии становятся для человека средством, благодаря которому у него появляется возможность реализовать, с одной стороны, свои способности, а с другой – свои потребности.

Социальные инновации – это процессы, способствующие переходу на новый уровень развития общественной системы, приводящие к существенным и необратимым изменениям во взаимодействии между людьми, направленные на удовлетворение новых духовных и интеллектуальных потребностей, новых этических норм. Нововведения являются формой общественного развития.

В основу информационно-компьютерного общества заложена идея гуманистических социальных преобразований. Человек перестает быть трудовым ресурсом, осуществляющим научно-технический прогресс, становится целью, ради которой осуществляются и внедряются новые

технологии. Ключевым показателем нормативных ценностей общества является характер системы здравоохранения. Охрана здоровья граждан – это совокупность мер политического, экономического, социального, научно-медицинского, инновационного и санитарно-гигиенического характера, направленных на сохранение здоровья. Новые медицинские технологии, изделия медицинской техники, методы организации медицинской деятельности, фармакологические средства, а также средства врачебного воздействия и профилактики создают рынок медико-социальных услуг, требующий внедрения инноваций, совершенствования и обновления.

Медико-социальные и профилактические услуги рассматриваются как общественное благо, от пользования которым в выигрыше остаются все. При таком подходе осуществляется принцип солидарности: основное бремя покрытия расходов на медико-социальное обслуживание намеренно перекладывается с пожилых, бедных и больных на молодых, богатых и здоровых с целью обеспечения необходимой медицинской помощью всех членов общества.

Последние два десятилетия ознаменовались ростом стоимости медико-социального обслуживания. В связи с этим многие страны разрабатывают альтернативные стратегии и модели финансирования, организации, управления здравоохранением. Одним из видов стратегии в современном здравоохранении является стратегия социально-этических инноваций, которая предполагает внедрение лечебно-профилактической деятельности, продажи товаров и услуг для отдельных специальных групп населения (пенсионеров, малообеспеченных, многодетных, лиц с социально значимыми заболеваниями и пр.).

Состояние и развитие системы здравоохранения определяются тремя позициями:

- 1) объективно существующими закономерностями формирования здоровья населения;
- 2) уровнем представлений о путях коррекции посредством медицинских мер основных недугов человека;
- 3) возможностями общества, интеллектуальными и экономическими, для выработки, восприятия и внедрения современных технологий ведения больных, управления здоровьем на основе действующих приоритетов.

Практически во всех странах обостряются проблемы, связанные со здоровьем населения, усиливаются различия в показателях ожидаемой

продолжительности жизни и смертности. Большинство этих проблем могут быть успешно решены только с расширением финансовой базы системы здравоохранения и развитием инновационных стратегий. Проблемы, связанные со здоровьем населения, вызваны социально-экономическими условиями, их решение зависит от обеспеченности отрасли как приоритетного направления государственной политики и от внедрения эффективных инновационных медико-социальных технологий.

Цель курса «Социальные инновации» – изучение инновационных процессов в здравоохранении и основные направления развития организационных инноваций в медико-социальной сфере.

Задачи курса – изучить инновационные подходы к организации медико-социальной помощи населению, определить состояние и тенденции инновационных технологий социального обслуживания населения, научить студентов творческому осмыслению и самостоятельному анализу инновационной деятельности в медико-социальной сфере.

Предметом изучения курса являются основные показатели состояния и направления развития социальных инноваций в здравоохранении и организации медико-социальной помощи населению, а также новые методы социального обслуживания.

Для преподавания дисциплины «Социальные инновации» студентам гуманитарного факультета 5-го курса специальности «Социальная работа (по направлениям)» выделено 34 часа лекционных и 16 часов семинарских занятий. Преподавание базируется на теоретических знаниях по таким дисциплинам, как «Теория социальной работы», «Технологии социальной работы», «Медико-социальная работа за рубежом» и др., предусматривает связь с дисциплинами, относящимися к административно-управленческому и экономическому направлению (общественное здоровье и здравоохранение, медико-социальные основы здоровья, медицинская этика, экономика здравоохранения и др.).

По завершении курса студенты должны **знать**:

- законодательное обеспечение научной, научно-технической и инновационной деятельности;
- процесс распространения и принятия социальных инноваций;
- инновационные подходы к организации и управлению медико-социальной помощью;
- особенности внедрения новых экономических моделей в здравоохранении;

- инновации в организации медико-социальной помощи;
- социально-психологические методы управления в здравоохранении и социальной сфере;

- инновационные технологии социального обслуживания населения.

Студенты должны **уметь**:

- разрабатывать программы медико-социальной помощи населению;
- организовывать, координировать, мотивировать деятельность персонала в процессе внедрения нововведений в организациях;
- способствовать развитию инициативы сотрудников, направленной на принятие, распространение и внедрение инновационных решений при организации и управлении медико-социальным обслуживанием населения;
- творчески мыслить и находить инновационные подходы в практике социальной работы.

Данный учебно-методический комплекс предназначен для студентов гуманитарного профиля, профессионально ориентированных на проведение социальной работы по организации медико-психологической деятельности.

ПРИМЕРНЫЙ ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН КУРСА «СОЦИАЛЬНЫЕ ИННОВАЦИИ»

№ п/п	Тема занятия	Количество часов	
		Лекции	Семинарские занятия
1	Введение в предмет. Основные понятия и определения	2	–
2	Состояние научного потенциала и инновационной деятельности в Республике Беларусь	4	2
3	Законодательное обеспечение научной, научно-технической и инновационной деятельности в Республике Беларусь. Проблемы и перспективы правовой регламентации научно-технической деятельности	2	2
4	Основные направления инновационной политики Республики Беларусь	4	2
5	Исследование инновационных процессов в здравоохранении	2	–
6	Инновационные подходы к организации и управлению медико-социальной помощью	2	2
7	Управление социальными инновационными процессами в здравоохранении	4	2
8	Инновационные подходы к оптимизации управления ресурсами в медико-социальной сфере	2	–
9	Социально-психологические методы управления здравоохранением в условиях его реформирования. Социально-психологические методы преодоления сопротивления нововведениям в здравоохранении	4	2
10	Здоровье населения и медико-социальные инновации в европейских странах	2	2
11	Инновационные технологии социального обслуживания пожилых людей	2	2
12	Практический опыт внедрения инноваций социального обслуживания населения (посещение Центра социальных инноваций)	4	–
	Всего часов	34	16

КОНСПЕКТ ЛЕКЦИЙ

ВВЕДЕНИЕ В ПРЕДМЕТ

В научной литературе существует большое количество определений понятия «инновация». В переводе с латинского *innovatio* означает – обновление, изменение, ввод чего-то нового, введение новизны. Понятие «нововведение» (инновация) определяется и как новшество, и как процесс введения этого новшества в практику. **Социальные инновации** – сознательно организуемое нововведение или новое явление в практике социальной работы, формирующееся на определенном этапе развития общества в соответствии с изменившимися социальными условиями и имеющие целью эффективные позитивные преобразования в социальной сфере.

Впервые само понятие «инновация» появилось в XIX в. в исследованиях культурологов и означало введение некоторых элементов одной культуры в другую. В этнографии и в настоящее время пользуются этой терминологией.

В начале XX в. сформировалась новая область знания – **инноватика**, наука о нововведениях, в рамках которой изучаются закономерности технических нововведений в сфере материального производства. Инноватика складывалась как междисциплинарная область исследований на стыке философии, психологии, социологии, теории управления, экономики и культурологии. Она возникла как отражение обострившихся потребностей фирм в деятельности по разработке и внедрению новых услуг и идей. В 30-х гг. XX в. в США утвердились термины «инновационная политика фирмы», «инновационный процесс». В Западной Европе в 60–70-х гг. XX в. проводились масштабные эмпирические исследования новшеств, осуществляемых фирмами и другими организациями.

Первоначально **предметом изучения инноватики** были экономические и социальные закономерности создания и распространения научно-технических новинок. Но довольно быстро интересы новой отрасли знаний расширились и стали охватывать социальные новшества, прежде всего нововведения в организациях и на предприятиях. В настоящее время инноватика – это сложная, разветвленная область научных знаний о нововведениях в технике, технологии, организации, экологии, экономике, а также в социальной сфере предприятий.

В Законе Республики Беларусь «Об основах государственной научно-технической политики» (1997) дано определение **инновации (нововве-**

дения) это – создаваемые (осваиваемые) новые или усовершенствованные технологии или виды товарной продукции или услуг, а также организационно-технические решения производственного, административного, коммерческого или иного характера, способствующие продвижению технологий, товарной продукции и услуг на рынок. Поэтому **предметом инновации** являются изменения, осуществляемые в сфере производства в области новых или усовершенствованных изделий (продуктные инновации), новых или усовершенствованных технологических процессов (технологические инновации). Организационные изменения изучаются в совокупности с изменениями в технике. Нельзя провести инновации в области технических условий, инструментов, технологии без учета физических и социально-психологических качеств работников. Технические инновации не возникают в отрыве от других процессов в социальной жизни предприятий. Им сопутствуют изменения в организации и управлении, экологии, в области профессиональной учебы работников, безопасности и гигиены труда, мотивационной сферы сотрудников.

В научной литературе наблюдается разнообразие классификаций инноваций. Систематизация зависит от множества критериев, оснований, целей и задач исследования инноваций. Если в качестве основы классификации принять масштабы вызываемых ими последствий, то выделяют:

1) **стратегические инновации**, служащие реализации стратегических целей развития, имеющих социально-экономический характер. Они являются следствием реализации долгосрочных мероприятий инновационного характера, значимых как для всего общества, так и для отдельных предприятий, институтов, учреждений;

2) **текущие инновации** (фактические), целью которых является повышение эффективности хозяйственной деятельности на более коротких временных отрезках. К ним относятся различного рода текущие изменения в изделиях, методах производства и организации труда.

Различают несколько видов инноваций:

- **технические** – появляются в производстве продуктов с новыми или улучшенными свойствами;

- **технологические** – возникают при применении более совершенных способов изготовления продукции;

- **организационно-управленческие** – связаны с процессами оптимальной организации производства, транспорта, сбыта и снабжения;

- **информационные** – решают задачи рациональной организации информационных потоков в сфере научно-технической и инновационной деятельности, повышения достоверности и оперативности получения информации;

• **социальные** – направлены на улучшение условий труда, решение проблем здравоохранения, образования, культуры.

Классифицируют социальные инновации: по уровню и объему социальных нововведений (локальные, региональные, глобального характера); по сферам общественной жизни (социальные, политические, экономические, в культурно-духовной сфере, в социальных структурах и институтах); по масштабу использования (дифференцированные на многих объектах либо на одном); по структуре социальной сферы (в здравоохранении, образовании, управлении, сферах занятости, физической культуры, в спорте, пенсионном обеспечении населения).

Источниками социальных инноваций являются изменения внешней среды, возникающие социальные проблемы, которые невозможно решить традиционными методами, изменения потребностей общества и его членов. Нерешенность тех или иных социальных проблем дает импульс к разработке новых средств, норм в социальной сфере.

Особенность социальных инноваций заключается в том, что в центре внимания находится человек, его отношение к миру, познавательные способности, духовные потребности и его действия. Их цели могут быть различными: самосовершенствование, реализация конкретных обязанностей, новаторские решения проблем, приводящие к позитивным, эффективным изменениям в социальной сфере. Инновационный потенциал общества, социальных групп и элиты определяется тем, насколько сильно стремление к новизне, нововведениям и технологическим новинкам большей части общества.

Социальные изменения, происходящие в обществе, отражаются в трансформациях социальной структуры и социальных взаимосвязей, которые сконцентрированы в организационно-управленческой и социально-психологической сферах. В высокоразвитых странах с устойчивой социальной, экономической и политической обстановкой технологический процесс является движущей силой долгосрочного экономического развития. Вопросы инновационной деятельности являются ключевыми для большинства развитых стран мира. Научно-техническая продукция как результат интеллектуальной деятельности охраняется правом промышленной собственности.

Процесс развития общества идет посредством обновления и обуславливает создание предпосылок для формирования новых нетрадиционных способов социальной деятельности, в частности **инновационной**, обеспечивающей создание и реализацию инноваций. Состояние инновационной деятельности в любом государстве является важнейшим индикатором развития общества и его экономики. Инновационная политика в раз-

витых странах – главная составляющая государственной социально-экономической политики. Благодаря этому решаются вопросы переустройства экономики, непрерывного обновления технической базы производства, выпуска конкурентоспособной продукции.

Таким образом, общество, имея в своем распоряжении материальный потенциал, действуя под влиянием различных условий, создавая и используя инновации, вызывает прогресс (технический, общественный, организационный и т. д.), оказывающий влияние на темп общественно-экономического развития, уровень жизни и условия труда. Государственная научно-техническая политика Республики Беларусь ориентирована на решение социальных задач, связанных с информационными услугами, медициной, экологией и другими аспектами устойчивого роста и повышения качества жизни, является частью общей государственной политики, в рамках которой осуществляется стимулирование инновационной активности производства, повышение восприимчивости к научным достижениям.

ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Основные понятия в сфере научно-технической и инновационной деятельности определены в Законе Республики Беларусь «Об основах государственной научно-технической политики» (1997).

Инновационная деятельность – вид деятельности, связанный с трансформацией идей, обычно результатов научных исследований и разработок либо иных научных достижений в технологически новые или усовершенствованные продукты или услуги, внедренные на рынке, в новые или усовершенствованные технологические процессы или способы производства (передачи) услуг, использованные в практической деятельности.

Инновация – это конечный результат инновационной деятельности в виде нового или недостающего на рынке товара (услуги) или товара с улучшенными характеристиками.

Инновационная продукция – продукция, которая в течение последних трех лет подвергалась разной степени технологическим изменениям.

Технологические инновации – деятельность организаций, связанная с разработкой, внедрением технологически новых продуктов и процессов, методов их производства (передачи), а также значительных технологических усовершенствований.

Технологически новый продукт – продукт, технологические характеристики (функциональные признаки, конструктивное выполнение, до-

полнительные операции, а также состав применяемых материалов и компонентов) или предполагаемое использование которого принципиально новые либо существенно отличаются от аналогичных ранее производимых продуктов.

Процессные инновации предполагают разработку и внедрение технологически новых или технологически значительно усовершенствованных производственных методов, включая методы передачи продуктов. Такие инновации основаны на использовании нового производственного оборудования, новых методов организации производственного процесса или их совокупности, а также на использовании результатов исследований и разработок. Они нацелены, как правило, на повышение эффективности производства или передачи уже существующей в организации продукции, но могут предназначаться также для производства и поставки технологически новых или усовершенствованных продуктов, которые не могут быть произведены или поставлены с использованием обычных производственных методов.

Разработка – деятельность, направленная на создание или усовершенствование способов и средств осуществления процессов в конкретной области практической деятельности, в частности на создание новой продукции и технологии.

Научные исследования (научно-исследовательские работы) – творческая деятельность, направленная на получение новых знаний и способов их применения; научные исследования могут быть фундаментальные и прикладные.

Фундаментальные научные исследования – теоретические и (или) экспериментальные исследования, направленные на получение новых знаний об основных закономерностях развития природы, человека, общества и искусственно созданных объектов.

Прикладные научные исследования – исследования, направленные на применение результатов фундаментальных научных исследований, достижение практических целей и решение конкретных задач.

Инновационный проект – комплекс работ по созданию и реализации инноваций (от научных исследований до практического использования полученных результатов). Целью проекта является создание и освоение новых технологий и(или) видов продукции (услуг), улучшение технико-экономических параметров применяемых технологий и (или) производственной продукции (услуг), а также разработка новых организационно-технических решений производственного, административного и иного характера, способствующих продвижению технологий (продукции, услуг) на рынок.

Государственная научно-техническая программа – это комплекс взаимосвязанных ресурсами, исполнителями и сроками исполнения научно-исследовательских, опытно-конструкторских, проектных и технологических работ, мероприятий по подготовке производства, разработок организационно-экономического характера, направленных на решение единой социально-экономической и научно-технической проблемы.

СОСТОЯНИЕ НАУЧНОГО ПОТЕНЦИАЛА И ИННОВАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Беларусь всегда отличалась высоким уровнем развития науки и техники. Распад СССР привел к значительному кризису научной сферы, поскольку была нарушена централизованная система организации, управления и обеспечения научно-технической деятельности, утрачены международные связи с учеными и научными организациями бывших советских республик, снизились вложения в науку, на многих предприятиях произошло сокращение служб научно-технической информации. Были потеряны многие оборонные заказы.

Основными показателями состояния и развития научного потенциала и инновационной деятельности являются:

- удельный вес объема выполненных научно-технических работ в процентах к ВВП;
- капиталовложения в науку;
- затраты на исследования и разработки;
- источники финансирования;
- кадровый потенциал науки;
- основные виды инновационной деятельности;
- результативность научной деятельности.

Удельный вес объема выполненных научно-технических работ в процентах к ВВП в республике снизился с 2,13 в 1990 г. до 0,82 в 1998 и до 1,09 в 1999 г. **Капиталовложения в науку** уменьшились в 6,1 раза. **Внутренние затраты на исследовательские работы** в 2002 г. составили 162,3 млрд руб., или в пересчете по средневзвешенному курсу Национального банка – порядка 91 млн долл. США. Наукоемкость внутреннего валового продукта в республике находится на низком уровне – 0,81 %, в развитых странах – этот показатель составляет 2–3 %. Ежегодно обновляется только 3 % продукции, в странах Европейского союза – до 3 %. Численность работников отрасли уменьшилась в 3,3 раза.

Среднемесячная заработная плата работников, выполнявших исследования и разработки, в 2002 г. составила 158 тыс. руб., что на 16 % меньше, чем по экономике в среднем.

Научными организациями в 2002 г. на исследования и разработки было израсходовано средств 191 млрд руб., что на 37 % больше, чем в 2001 г. В последние годы наблюдается постепенное снижение затрат в среднем на одного исследователя: за период с 1999 г. затраты уменьшились на 10 % (в постоянных ценах 1995 г.).

Основная доля внутренних затрат на исследования и разработки – 96 % – приходится на внутренние текущие затраты, и только 4 % составляют капитальные затраты; почти половина внутренних текущих затрат – 46 % – это затраты на оплату труда.

В структуре *затрат по областям науки* лидируют технические – 61,2 %; естественные – 21,7 %; меньше всего исследований и разработок приходится на гуманитарные науки – 1,6 %.

В последнее время сохраняется устойчивая структура *внутренних затрат по видам работ*. На проведение фундаментальных исследований расходуется в среднем 20 %, а на прикладные исследования и разработки – около 80 % всего объема внутренних затрат.

Источники финансирования внутренних затрат на исследования и разработки: государственный бюджет – 45,8 %, собственные средства организаций – 14,6 %. В настоящее время увеличились расходы внебюджетных фондов на науку: с 6,9 до 10,4 %; 10 % затрат финансировано зарубежными организациями; 9,2 % – организациями государственного сектора; 9,8 % – организациями предпринимательского сектора. В целом происходит постепенное снижение расходов на науку в структуре расходов государственного бюджета страны: в 1995 г. их удельный вес составлял 1,67 %, в 2002 г. – 1,04 %.

В последние годы наблюдается падение объема работ, выполненных научными организациями собственными средствами. Его значение, рассчитанное в постоянных ценах 1990 г., снизилось в 2002 г. на 4 % по сравнению с 2001 г. и на 14 % – с 1999 г. Снижение капитальных затрат, внутренних текущих затрат на оборудование привело к ухудшению материально-технического обеспечения науки в Республике Беларусь.

Основной формой организации исследований в республике являются научно-исследовательские институты, обособленные от высших учебных заведений, предприятий и, соответственно, от реальных общественных потребностей и активного спроса. Управление и финансирование научного обеспечения отраслей экономики осуществляются с преобладанием

финансирования организаций, а не приоритетных направлений, с отрывом науки от инновационной деятельности, с отсутствием системы оценки научных организаций и программ.

В Беларуси научные исследования и разработки осуществляют более 300 организаций, вузов, крупных производственных предприятий. За период с 1997 г. число таких организаций увеличилось на 11 %.

В 2002 г. 42 % научных организаций относилось к государственному сектору, 41 % – к предпринимательскому, 17 % – к сектору высшего образования. Наибольшее число научных организаций сконцентрировано в Минске – 62 %, по 9 % в Витебской и Гомельской областях, в Могилевской – 4,6 %, в Гродненской – 4,3 %. Основной научный потенциал сосредоточен в отраслях: наука и научное обслуживание – 70 %, промышленность – 11 %, образование – 14 %.

Кадровый потенциал науки является главной движущей силой научно-технического прогресса. В 2002 г. в Беларуси и других странах СНГ отмечалось уменьшение числа специалистов, выполнявших научные исследования и разработки. В последние годы продолжается отток специалистов из научной сферы. К концу 2002 г. численность работников, занимающихся научными исследованиями и разработками, составила 30 711 человек, что в 3,5 раза меньше, чем в 1990 г. Для сравнения, в 1990 г. в Беларуси в рыночной сфере было занято около 110 тыс. человек.

Наибольшее число работников, выполняющих научные исследования и разработки, сосредоточено в организациях предпринимательского сектора – 48 %, в государственном секторе трудится 42,7 % научных кадров, в секторе высшего образования – 9 %. Отток кадров из науки сопровождается уменьшением численности кандидатов и докторов наук. Только за 2002 г. их количество уменьшилось на 6 и 5,3 % соответственно, при этом обращает на себя внимание факт увеличения темпов оттока кандидатов наук из научной сферы.

В 2002 г. *общая численность кандидатов и докторов наук, занятых в экономике*, составила соответственно 14 109 и 2315 человек.

Численность работников, выполнявших научные исследования и разработки, составила:

- *в системе Минздрава* – 1684 человека, из них 84 доктора наук, 330 кандидатов наук, 263 специалиста со средним образованием, 964 совместителя;

- *в системе Минобразования* – 2669 человек, из них 73 доктора наук, 463 кандидата наук, 143 специалиста со средним образованием, 928 совместителей;

- *в системе Минтруда и соцзащиты* – 88 человек, из них 10 кандидатов наук, 17 специалистов со средним образованием, 10 совместителей.

На работу в научные организации в 2002 г. было принято 4425 человек, в том числе 942 выпускника вузов, 853 специалиста из других научных организаций. Наблюдается тенденция роста численности выпускников высших учебных заведений, поступающих на работу в научные организации, что приводит к увеличению удельного веса исследователей в возрасте до 29 лет в общей численности исследователей. Но больше трети научных работников перешагнули 50-летний рубеж. Средний возраст исследователей в республике составляет 44 года, кандидатов наук – 52 года, докторов наук – 60 лет и старше.

Основными причинами такого состояния являются ограниченные возможности и недостаточные средства в организациях, отсутствие у большинства руководителей и научных работников знаний в области менеджмента, маркетинга, неразвитость финансово-кредитной системы. В республике отсутствует присущая рыночной экономике система мер, стимулов и условий для осуществления инновационной деятельности.

В целом республика не достигла состояния «инновационной восприимчивости». Об этом свидетельствует, например, численность малых предприятий, занимающихся реализацией научно-технических разработок. Так, в 1996 г. в сфере науки и научного обслуживания работало 4,2 % малых предприятий, в промышленности – 16 %, в то же время в торговле и общественном питании – 50 %. В последующие годы их доля снизилась: в 1997 г. – до 2,8 %, в 1998 г. – 2,2 %, 2001 г. – 1,4 %. В 2002 г. из 2340 обследованных предприятий промышленности инновационной деятельностью занималось только 325, или 13,9 %.

В Беларуси **основным видом инновационной деятельности** для большинства инновационно активных предприятий (64 %) является приобретение машин и оборудования, связанных с технологическими инновациями. Выполнением исследований, проектированием и другими видами подготовки производства для выпуска новых продуктов и разработок в стране занимается 51 % инновационных предприятий, 39,7 % – осуществляет производство новых продуктов.

Снижающийся удельный вес высокотехнологичных организаций в сфере малого предпринимательства означает тенденцию создания рабочих мест, не требующих высокой квалификации. Уровень усвоения инноваций определяется тремя факторами:

- инновационной восприимчивостью правящей элиты;
- научной грамотностью уже имеющихся профессиональных кадров;
- уровнем образования всех слоев населения.

Поскольку путь к инновационной восприимчивости лежит через систему образования и технологическую грамотность общества, необходимо

увеличение финансирования науки, среднего и высшего образования; развитие интеллектуального ресурса страны посредством реформирования образования; создание новой интеллектуальной атмосферы в обществе; формирование интеллектуальной элиты, способной в будущем взять на себя ответственность за развитие страны.

Результативность научной деятельности определяется патентной активностью, созданием и использованием передовых производственных технологий (ППТ). В 2002 г. научными организациями было выполнено 1055 заданий в рамках 32 государственных научно-технических программ и 69 инновационных проектов. Их реализация потребовала около 47 млрд руб. Больше половины затрат (60 %) финансировалось республиканским бюджетом, остальные (40 %) – средствами внебюджетных фондов.

По количеству поданных заявок на изобретения, промышленные образцы и по количеству авторов, подающих рационализаторские предложения, оценивается инновационная активность научных организаций. В результате создано 400 наименований объектов новой техники, освоен серийный выпуск 6 видов продукции и 18 комплектующих систем, получено 122 патента на изобретения, подано 182 заявки на получение патентов.

Созданием новых производственных технологий в 2002 г. занималось 150 организаций промышленности, науки и научного обслуживания и образования. Ими было создано 407 ППТ, 91 % из которых являются новыми в Беларуси, 7 % – новыми за рубежом, 2 % – принципиально новыми. Значительная часть ППТ создана в отрасли «наука и научное обеспечение» – 45,7 %, организациями промышленности – 43,5 %, остальные 10,8 % – высшими учебными заведениями. В структуре созданных технологий «производство, обработка и сборка» составляет 31 %, группа «проектирование и инжиниринг» – 7 %, самая малочисленная группа – «производственная информационная система» – 2 % от общего количества созданных ППТ.

Таким образом, в связи с уменьшением финансовых вложений в науку, падением заработной платы ученых и научно-технических работников, отсутствием прямой связи между результатами труда и уровнем его оплаты снизился интерес к развитию научно-инновационной деятельности, приведший к некоторому падению научно-технического потенциала страны.

Главным фактором, препятствующим инновациям, специалисты считают недостаток собственных средств. Основными факторами, сдерживающими инновационную деятельность, являются слабая финансовая поддержка со стороны государства, высокая стоимость нововведений,

низкий инновационный потенциал организаций, невосприимчивость предприятий к нововведениям, высокий экономический риск, недостаток квалифицированного персонала, недостаток информированности о новых технологиях и рынках сбыта, недостаточная законодательная и нормативно-правовая база, неразвитость инновационной структуры и рынков технологий.

Кризисные явления, начавшиеся после распада СССР, деструктивным образом сказались на такой специфической сфере человеческой деятельности, как наука, усугубив негативное наследие советской науки: монополизм, ведомственность, высокую степень милитаризации, слабую интегрированность с мировой наукой, отсутствие эффективных стимулов и механизмов взаимодействия науки, производства и образования. Сокращение общего финансирования научной сферы сопровождалось уменьшением численности ученых, снижением их жизненного уровня, разрушением материально-технической базы науки, падением спроса на научную и научно-техническую продукцию, социальными проблемами.

ЗАКОНОДАТЕЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ НАУЧНОЙ, НАУЧНО-ТЕХНИЧЕСКОЙ И ИННОВАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Учитывая актуальность инноваций для достижения социально-экономических целей, вопросы активизации инновационной и инвестиционной деятельности определены как один из приоритетов Республики Беларусь. Несмотря на трудности, в Беларуси сохранен научно-технический потенциал, развиваются основные научные центры и национальные научные школы. Восстановлены и укрепляются международные связи с зарубежными научными организациями, что позволяет Беларуси выйти на мировой рынок технологий.

В республике сформирована система органов государственного управления научной, научно-технической и инновационной деятельностью. Созданы Государственный комитет по науке и технологиям, Государственный патентный комитет, Государственный комитет по стандартизации, метрологии и сертификации, Государственный высший аттестационный комитет. Академия наук Беларуси преобразована в Национальную академию наук Беларуси с предоставлением ей статуса высшей государственной научной организации.

Созданная система органов государственного управления формирует, организует и реализует государственную политику в области развития

науки и технологий, подготовки научных кадров, защиты прав на интеллектуальную собственность. При этом сохраняется ведущая роль государства в финансировании науки и инновационной деятельности. Выполняются программы развития научно-инновационной деятельности, создаются экономические, правовые и организационные условия для ускоренной реализации научно-технических разработок.

В Беларуси создана национальная нормативно-правовая база для развития науки и инноваций. За последние десятилетия с учетом международного опыта разработаны регламент организационно-правовых форм деятельности научных организаций различных форм собственности, нормы социальной поддержки научных работников, правовая база международного научно-технического сотрудничества. Впервые в нашей истории появились документы, определяющие принципы регулирования отношений в научно-технической сфере, цели и направления государственной научной и инновационной деятельности. Введены в действие новые Гражданский и Трудовой кодексы Республики Беларусь, определяющие порядок, условия регистрации и перерегистрации научных и творческих коллективов, предоставления и продолжительность творческих отпусков и т. д.

Одним из основных законов в научно-технической сфере является Закон Республики Беларусь «**Об основах государственной научно-технической политики**» (1997), регулирующий отношения в научно-технической сфере между всеми субъектами научно-технической деятельности.

В 1994 г. постановлением Кабинета Министров Республики Беларусь от 30.12.1994 г. № 276 «**О мерах по сохранению и эффективному использованию научного потенциала республики**» предполагалось подготовить проект программы «**О развитии научно-инновационной деятельности**». В 1996 г. она была разработана и одобрена Кабинетом Министров Республики Беларусь. Это первый документ, отражающий основополагающие направления работы по созданию научной и инновационной инфраструктуры. В программе определены следующие направления государственной поддержки инновационной деятельности:

- формирование нормативно-правовой базы;
- совершенствование системы финансирования, включающей гибкую налоговую политику;
- формирование особых механизмов разгосударствления и приватизации объектов научно-технической сферы, ее структурное реформирование;
- создание системы информационного обеспечения;

- создание условий для развития малого научно-инновационного предпринимательства;

- содействие внешнеэкономической деятельности в научно-инновационной сфере;

- подготовка высококвалифицированных кадров.

В 1996 г. принят Закон Республики Беларусь «**О научной деятельности**». В нем определены правовые основы и гарантии осуществления научной деятельности, ее виды, закреплён статус научного работника и научной организации, выделены основные принципы государственного регулирования научной деятельности. Особое место в Законе отведено мерам социальной поддержки научных работников, установлены ежемесячные доплаты за ученые степени и звания.

В 1996 г. принят Закон Республики Беларусь «**Об авторском праве и смежных правах**», согласно которому к объектам охраны относятся произведения науки, литературы и искусства, являющиеся результатом творческой деятельности, независимо от назначения и достоинства произведения, а также способа его выражения. Авторское право на произведение науки, литературы и искусства возникает в силу факта его создания. Законом введена важная для правоприменительной деятельности презумпция авторства. Для удобства защиты прав авторам и обладателям авторских прав разрешено в добровольном порядке регистрировать свои произведения в организациях, защищающих авторские права. Правообладатель через суд вправе требовать от нарушителя Закона:

- признания авторского или смежных прав;
- восстановления положения, существовавшего до нарушения авторского или смежных прав;
- пресечения действий, нарушающих авторские или смежные права или создающих угрозу их нарушения;
- возмещения убытков, включая упущенную выгоду;
- взыскания дохода, полученного нарушителем вследствие нарушения авторского или смежных прав, вместо возмещения убытков;
- выплаты компенсаций в сумме, определяемой судом, вместо возмещения убытков или взыскания дохода с учетом существа правонарушения;
- принятия иных предусмотренных законодательными актами мер, связанных с защитой авторского или смежных прав.

Принципиально важную роль в выработке стратегии долгосрочного развития научно-инновационной сферы республики и выбора инноваци-

онного пути развития белорусской экономики сыграли Указы Президента Республики Беларусь **«О стимулировании создания и развития в Республике Беларусь производств, основанных на новых и высоких технологиях»** от 08.07.1996 г. № 224, **«О государственной поддержке разработки и экспорта информационных технологий»** от 03.05.2001 г. № 234 и постановление Совета Министров Республики Беларусь **«О приоритетных направлениях создания и развития новых и высоких технологий и критериях их оценки»** от 27.02.1997 г. № 139.

Для создания правового поля по формированию в республике субъектов инновационной инфраструктуры в 1997 г. постановлением Совета Министров от 31.07.1998 г. № 998 утверждено **«Положение о научно-технологическом парке»**, приняты постановление Совета Министров от 04.06.1997 г. № 640 **«Порядок отнесения субъектов хозяйствования к научно-технологическим паркам»** и **«Положение об инкубаторах малого предпринимательства в Республике Беларусь»**.

В 1998 г. принят Закон Республики Беларусь **«О Национальной академии наук Беларуси»**, в котором белорусской академии наук придан статус высшей государственной научной организации, ответственной за осуществление и координацию фундаментальных исследований в стране; изучение актуальных проблем экономического, социального и культурного развития республики; повышение эффективности использования научных достижений; подготовку научных кадров высшей квалификации; усиление влияния науки на развитие образования, духовной культуры белорусского народа и повышение его интеллектуального потенциала.

В настоящее время создана нормативно-правовая база по защите объектов интеллектуальной собственности: изобретений, полезных моделей, промышленных образцов, селекционных достижений. Приняты Законы Республики Беларусь **«О патентах на промышленные образцы»** (1993), **«О товарных знаках и знаках обслуживания»** (1993), **«О патентах на сорта растений»** (1995), **«О патентах на изобретения и полезные модели»** (1997), **«О правовой охране топологий интегральных микросхем»** (1998), **«О научно-технической информации»** (1999), **«Методические рекомендации по оценке стоимости и учету объектов интеллектуальной собственности в составе нематериальных активов»** (1998).

Таким образом, в республике сформирована система государственного управления научной, научно-технической и инновационной деятельностью, создан действенный механизм, способствующий сохранению и развитию в стране научно-технического и интеллектуального потенциала.

ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРАВОВОЙ РЕГЛАМЕНТАЦИИ НАУЧНО-ТЕХНИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Основными проблемами в инновационной деятельности, которые требуют законодательного обеспечения, являются:

- усиление целевых принципов финансирования инновационной деятельности;
- создание благоприятного налогового климата для субъектов, осваивающих разработки, и лиц, содействующих внедрению;
- создание льготного порядка кредитования внедрения разработок;
- усиление государственной поддержки малого научно-инновационного предпринимательства;
- усиление роли банков в коммерциализации результатов разработок, создание инновационных банков и фондов;
- расширение международного корпоративного сотрудничества и привлечение инвестиций.

В соответствии с планом законопроектной работы в настоящее время разрабатывается Кодекс законов о науке Республики Беларусь, который будет систематизированным актом в сфере науки, состоящим по структуре из следующих глав: «Финансирование деятельности в сфере науки», «Академия наук», «Научные организации и временные научные коллективы», «Научный работник», «Оплата труда, материально-бытовое обеспечение научных работников, стипендии, премии», «Научно-технические программы и государственная научно-техническая экспертиза», «Инновационная деятельность и инновационный проект», «Научно-техническая информация», «Результаты деятельности в сфере науки».

Для надежной правовой защиты научно-инновационной деятельности нужны изменения во всей налоговой системе. В частности, необходимо освободить от уплаты налога на прибыль научные учреждения и организации.

Для стимулирования использования новых и высоких технологий дорабатывается Закон Республики Беларусь «Об интеллектуальной собственности», регламентирующий порядок использования интеллектуальных продуктов и выплату вознаграждения разработчикам этих продуктов со стороны государства и пользователей. В настоящее время правовая защита интеллектуальной собственности распространяется лишь на монографии ученых, полученные ими патенты, авторские свидетельства, при этом результаты фундаментальных исследований передаются обществу бесплатно, что способствует «утечке умов» за рубеж.

В целях правовой регламентации разрешения имущественных вопросов научно-технической деятельности разрабатываются законы «О формах собственности в отношении имущества научных организаций и порядке управления этим имуществом», «О сдаче в аренду государственной собственности, используемой научными организациями республики», «О коммерческих и производственных тайнах в деятельности научных организаций республики».

Для защиты социальных прав субъектов научной деятельности подготовлены законы «О правовом статусе научного сотрудника», «Об оплате труда высококвалифицированных ученых и специалистов в научно-технической сфере», «Об улучшении пенсионного обеспечения ученых».

Таким образом, государство уделяет особое внимание развитию научной и инновационной деятельности, законодательному оформлению прав на результаты интеллектуального (творческого) труда. Принятие вышечисленных законов и других нормативно-правовых актов создает предпосылки для организационного, правового и экономического реформирования научной, научно-технической и инновационной деятельности.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ИННОВАЦИОННОЙ ПОЛИТИКИ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Особенность современного периода развития научной сферы заключается в том, что наиболее важные приоритеты научно-технического и социального развития все больше связываются не с грандиозными, дорогостоящими проектами, а с долгосрочной кропотливой работой по укреплению всех звеньев национальных инновационных систем – в экономике и информационной сфере, образовании и здравоохранении, охране окружающей среды и в изучении космоса. Эти элементы в совокупности формируют жизнеспособную систему научно-технического развития.

Республика Беларусь располагает значительным научно-техническим потенциалом, который является основой устойчивого развития. Белорусскими учеными достигнут высокий уровень научно-технических разработок в области лазерных и плазменных технологий, новых материалов с особыми свойствами, методов технической диагностики, химического синтеза веществ, биотехнологий, способов обработки информации и др.

Государственная научно-техническая политика в условиях хронического бюджетного дефицита в Беларуси направлена на сохранение и стабилизацию имеющегося научно-технического потенциала. Национальная экономическая стратегия предусматривает развитие социально ориенти-

рованной рыночной экономики на основе использования новых и высоких технологий. Все разработанные в последние десятилетия долгосрочные государственные программы ориентированы на стабилизацию, экономический рост и социальный прогресс.

В связи с этим важнейшей социально-экономической задачей страны в настоящее время является повышение эффективности использования научных разработок в производстве. Инновационная направленность стратегии и тактики социально-экономического развития республики предполагает всестороннее рассмотрение целей, задач, проблем и механизмов реализации научно-инновационной политики.

Специалистами подготовлен **Комплексный прогноз научно-технического прогресса Республики Беларусь на 2001–2020 гг.**, в рамках которого определены приоритетные направления развития отрасли.

В соответствии с Указами Президента Республики Беларусь «О стимулировании создания и развития в Республике Беларусь производств, основанных на новых и высоких технологиях» от 08.07.1996 г. № 224 и «О государственной поддержке разработки и экспорта информационных технологий» от 03.05.2001 г. № 234 и постановлением Совета Министров Республики Беларусь «О приоритетных направлениях создания и развития новых и высоких технологий и критериях их оценки» от 27.02.1997 г. № 139 определены **главные направления развития научно-инновационного комплекса Республики Беларусь**: информационные и телекоммуникационные технологии; биотехнологии; оптические технологии и технологии тонкой химии; новые материалы и новые источники энергии; защита окружающей среды; повышение качества и условий жизни человека; освоение космического пространства.

Высокий уровень фундаментальных исследований, значительные достижения отраслевой науки Беларуси позволяют усилить технологическую и социальную направленность научных исследований, связанных с созданием и развитием новых и высоких технологий. Одной из приоритетных задач научно-технической политики государства на ближайшие годы становится создание максимально благоприятных условий для инновационной деятельности корпораций, а также мелких и средних наукоемких фирм.

Для решения вышеперечисленных задач и в соответствии с функциями, определенными Декретом Президента Республики Беларусь от 05.05.2002 г. № 7 «**О совершенствовании государственного управления в сфере науки**», Комитетом по науке и технологиям разработана **Концепция инновационной политики Республики Беларусь на 2003–2007 гг.** Формирование и реализация инновационной политики предусматривает создание системы, способствующей развитию научно-технического по-

тенциала страны, продвижению результатов научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ в реальный сектор экономики. Инновационная политика направлена на создание благоприятного климата для осуществления инновационных процессов и представляет собой связующее звено между наукой и производством.

Основной целью инновационной политики Республики Беларусь является повышение технологического уровня и конкурентоспособности производства. На современном этапе инновационная политика должна способствовать развитию научно-технического потенциала, формированию современных технологических укладов во всех отраслях экономики.

Задачи государства в сфере инновационной политики:

- формирование нормативной базы инновационной деятельности, стимулирующей ее активность;
- финансовая поддержка инновационной деятельности, создание условий для сохранения и умножения инновационного потенциала республики;
- формирование и содействие развитию инновационной инфраструктуры;
- подготовка кадров, ориентированных на инновационную деятельность.

Принципы инновационной политики Республики Беларусь:

- ориентация экономики на инновационный путь развития, максимальное использование рыночных механизмов активизации инновационной деятельности;
- эффективное использование научно-технического потенциала республики;
- равенство всех субъектов инновационной деятельности перед законом;
- обеспечение правовой охраны объектов интеллектуальной собственности, признание их в качестве источника дохода;
- осуществление гибкой кредитной, налоговой и таможенной политики в отношении инвестиционной деятельности.

В настоящее время в Республике Беларусь начата работа по реформированию системы организации академической, вузовской и отраслевой науки, повышению эффективности использования научно-интеллектуального потенциала страны. Разработан проект плана мероприятий по решению первоочередных задач реформирования научной, научно-технической и инновационной сфер деятельности, согласно которому предполагается построение взвешенной системы правовых, экономических и социальных мер.

ИССЛЕДОВАНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ ПРОЦЕССОВ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Здравоохранение представляет собой сложную социально-экономическую и организационно-технологическую систему, объединяющую в единое целое ряд отдельных, относительно самостоятельных, но тесно взаимосвязанных между собой компонентов: лечебно-профилактические учреждения; медико-реабилитационные и аптечные учреждения и организации; службу санэпиднадзора и предприятия медицинской промышленности. Сложность и комплексность этой системы порождают потребность в четкой организации, развитии отрасли и применении инноваций. Разработка нововведений является сложным процессом, требует наличия солидной информационной базы и проведения тщательного анализа существующей ситуации в отрасли. Важнейшим стимулом к разработке и внедрению инноваций в здравоохранении служат, с одной стороны, достижения науки и техники, в том числе результаты исследовательской работы по организации здравоохранения и управленческой науки в целом, с другой – отмечаемые во всем мире растущие потребности в снижении затрат на охрану здоровья населения и одновременном повышении эффективности, доступности и приемлемости медицинской помощи для всего населения.

Ученые-медики и организаторы здравоохранения активно исследуют инновационные процессы в здравоохранении. Согласно литературным данным, инновационные процессы в медицине отличаются:

- несовершенным информационным обеспечением, низкой инновационной компетентностью специалистов;
- разрывом между достижениями науки и внедрением их в практику;
- неоперативностью внедрения.

По **результатам внедрения инноваций** в медицинской практике на первом месте – применение новых лекарственных препаратов; на втором – внедрение новой медицинской техники; на третьем – использование нового медицинского инструментария; на четвертом – применение новых способов лечения, диагностики и профилактики; на пятом месте – внедрение новых способов организации и управления.

Источниками инноваций в медицине в работе специалистов являются: методические рекомендации и курсы совершенствования по информации; информационные письма и служебные инструкции; семинары; публикации в журналах и средствах информации.

К **инновациям в здравоохранении** многие авторы относят: стратегическое управление, компьютеризацию, автоматизацию, новаторские ин-

формационные технологии, использование средств телевизионной связи, Интернет.

Разрабатывая и применяя нововведения в здравоохранении, особенно в условиях рынка, важно иметь в виду, что инновации в медицине, как и в промышленности, должны быть запатентованы и служить предметом частной собственности их автора, определенной организации или страны, а также предметом торгового обмена, поскольку их применение связано с получением определенной прибыли, экономической отдачи.

Под эффективностью внедрения нововведений в здравоохранении понимают способность минимизировать ресурсы, расходуемые из расчета на условную единицу результата, при условии достижения заданной цели с соблюдением требований безопасности и этичности их применения, учитывая социальную значимость получаемых результатов. Социально-экономический эффект от внедрения инноваций может проявляться не только в виде получения общей отдачи от вложения финансовых ресурсов и улучшения показателей здоровья населения, но и в виде повышения культуры и качества медицинского обслуживания, в результате чего усиливается внимание, уделяемое медицинским персоналом, прежде всего врачебным, каждому конкретному пациенту, расширяются возможности индивидуального подхода к удовлетворению его потребностей и запросов.

Разработка, внедрение, совершенствование инновационных процессов в здравоохранении тесно связаны с реформированием отрасли. В настоящее время в условиях существенной ограниченности финансирования растет интерес к исследованию и поиску новых ресурсосберегающих организационных методов работы. В сфере здравоохранения к числу таких инноваций, которые способствуют экономному расходованию и сбережению ресурсов, относятся формы организации медицинского обслуживания населения, позволяющие заменить дорогостоящее стационарное лечение амбулаторным: дневной стационар, центр амбулаторной хирургии, школа обучения больных хроническими заболеваниями приемам самопомощи (школа диабета, астма-школа и др.)

Количество разработок и внедрений в здравоохранении растет, они разнообразны. Существуют различные классификации инноваций в здравоохранении. Выделяют следующие **инновации в здравоохранении**:

1. По целевому назначению инновации бывают стратегические, тактические и оперативные. К первым можно отнести разработку прогнозов на длительную перспективу, на ближайший период или долгосрочные стратегические инновации. Во вторую группу входят инновации, обеспечивающие проектирование и практическую организацию управленческой

деятельности по претворению в жизнь стратегии и планов. В третью входят инновации, относящиеся к непосредственному регулированию инновационных процессов, оперативному контролю, учету получаемых результатов.

2. По уровню разработки и масштабу применения инноваций в здравоохранении выделяют инновации на уровне правительства, министерства, органов местного управления, а также отдельных объединений, организаций, ЛПУ и предприятий.

3. По функциональному назначению и масштабам действия инновации относят к сфере макроменеджмента (разработка организации совместной деятельности нескольких секторов, направленной на достижение определенной цели в общенациональном масштабе, например, деятельность Минздрава и Минтруда и соцзащиты); мезоменеджмента (разработка мероприятий и программ в определенном секторе в целом в общенациональных масштабах или в пределах одного региона, например, Чернобыльские программы); микроменеджмента (разработка программ в определенной узкой области какого-либо сектора или на местном уровне, например, усовершенствование какого-либо аспекта деятельности ЛПУ).

4. В зависимости от методов, использованных для разработки инноваций, от механизмов их применения и введения в действие в здравоохранении выделяют следующие инновации:

- по характеру действия (прямому или косвенному);
- диапазону направленности (узкому, широкому);
- характеру воздействия на существующее положение (поддерживающие, корригирующие, трансформирующие) и по другим параметрам.

Исследования некоторых инновационных процессов в здравоохранении, разработке и усовершенствовании практических форм и методов оказания медицинских услуг подтверждают, что достижения в медицине и здравоохранении опираются на научные разработки и нововведения, инновации. Учитывая современные проблемы здравоохранения, необходимо более широко проводить ознакомление врачей с современными методами ведения больных, основанными на принципах доказательной медицины, осуществлять использование средств справочно-информационной ориентации врачей не в отношении статистики, а в пределах конкретных клинических специальностей в качестве экспертных систем. Это потребует соответствующих интеллектуальных затрат, но в результате будет способствовать развитию врачебного кругозора и внедрению новых методов диагностики, лечения, профилактики.

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ И УПРАВЛЕНИЮ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩЬЮ

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

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

Проблемы, существующие на всех уровнях отечественного здравоохранения, подразделяют на три группы: социально-медицинские, организационно-управленческие и экономические.

В настоящее время приоритетный характер имеют **экономические проблемы**, состоящие в ограниченных объемах централизованного финансирования и необходимости эффективного использования имеющихся ресурсных возможностей.

Организационно-управленческие проблемы заключаются:

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

Социально-медицинские проблемы – это снижение продолжительности жизни населения, отсутствие культуры здоровья у большинства населения, необходимость развития первичного уровня медико-санитарной помощи посредством института врача общей практики, семейного врача. Стратегия решения этих проблем заключается в этапном рефор-

мировании действующей системы путем экспериментальной проверки возможных механизмов и инструментов, их закрепления и последующего широкого внедрения.

Выйти из экономического и организационного кризиса в здравоохранении невозможно без повышения эффективности управления на основе научно обоснованных подходов. Успех решения этой задачи определяется методологией информационного обеспечения, разработкой и применением передовых организационных технологий информатизации. В настоящее время разрабатывается стратегия массовой компьютеризации лечебно-профилактических учреждений. В России уже применяются универсальные типовые пакеты программ, которые можно использовать на всех уровнях – в поликлиниках и стационарах, в работе руководителей органов и учреждений здравоохранения, экономических, кадровых, статистических служб и пр.

Инновациями в организации медико-социальной помощи населению являются:

- стратегическое управление;
- компьютеризация;
- автоматизация;
- новаторские информационные технологии;
- использование средств телевизионной связи и Интернета.

Стратегическое управление в здравоохранении предполагает разработку тактических задач для достижения стратегической цели, которая в целом должна способствовать развитию рынка медицинских услуг, полному удовлетворению потребителя в медицинских услугах и извлечению максимальной прибыли для обеспечения материальных потребностей специалистов, для технологического, технического и профессионального совершенства качества и количества медицинских услуг. Цели медицинского учреждения определяют концепцию его развития и основные направления деловой активности. Стратегия предполагает разработку обоснованных мер и планов достижения намеченных целей, в которых учитываются профессиональный рост, техническое и технологическое совершенство и производство медицинских услуг.

Разработка экономической политики любого лечебно-профилактического учреждения предполагает:

- формирование стратегических целей и задач;
- анализ сильных и слабых сторон производства медико-социальных услуг;
- оценку существующих и перспективных направлений хозяйственной деятельности;

- анализ рынка и его влияния на функционирование лечебного учреждения;
- выбор тактики достижения целей;
- составление ежегодного бизнес-плана для лечебно-профилактического учреждения и функциональных подразделений.

При разработке стратегических позиций медицинского учреждения пользуются качественными и количественными показателями. **Количественные показатели инноваций в здравоохранении** могут быть представлены в виде изменений стратегии и тактики планирования и ведения дела, внедрения инноваций, совершенствования форм обслуживания в каждом конкретном ЛПУ. **Качественные показатели** – в виде эффективных показателей диагностики, лечения, профилактики заболеваний и удовлетворенности граждан. Инновационные подходы должны способствовать закономерному переходу количественных изменений в качественные. Это позволит любому ЛПУ и любой медицинской организации извлекать прибыль в виде устойчивого превышения суммарных доходов над расходами и обеспечит устойчивое развитие учреждения и формирование оборотных средств.

Разработка, внедрение, совершенствование инновационных процессов в здравоохранении тесно связаны с реформированием отрасли. Одним из основных направлений реформирования системы здравоохранения, определенных Концепцией развития здравоохранения Республики Беларусь, является стандартизация медицинской помощи. Главная цель стандартизации – создание информационно-технологической базы, обеспечивающей, с одной стороны, условия для организации доступной, гарантированной государственными финансовыми ресурсами помощи населению, с другой – позволяющей на основании клинико-экономического анализа с учетом доказательной медицины более рационально использовать ресурсы отрасли.

Проблема улучшения качества медицинской помощи является ключевым критерием реформирования здравоохранения. Опыт показал, что все преобразования и нововведения в здравоохранении неэффективны без решения этой проблемы. Специалистами Минздрава Республики Беларусь разработаны общереспубликанские протоколы (стандарты) обследования и лечения больных.

Протоколы представляют собой перечень нозологических форм, разработанный согласно Международной классификации болезней десятого пересмотра, с соответствующими апробированными и регламентированными схемами диагностических и лечебных технологий, применение которых гарантируется пациенту, и требованиями к конечному результату лечения.

Проблема управления качеством медико-социальной помощи – проблема управления ресурсами и технологией медицинской помощи для достижения лучших результатов в изменении состояния здоровья населения. Перспективными направлениями улучшения качества медицинской помощи являются:

- разработка протоколов обследования и лечения распространенных заболеваний;
- выработка наиболее оптимальных алгоритмов, содержащих технологическую последовательность в соответствии с идеологией доказательной медицины;
- детализация технологических схем обследования и лечения;
- создание специализированных клиничко-организационных руководств по опыту здравоохранения других стран (СНГ, Австралии, Канады).

Важнейшие условия эффективности медико-социального обслуживания населения:

- самопрофилактика;
- медицинская профилактика;
- самопомощь;
- медико-санитарная помощь внутри семьи;
- организация первичной медицинской помощи (врач общей практики, семейный врач);
- амбулаторно-поликлиническая помощь;
- стационарная (больничная) помощь;
- постлечебная помощь, реабилитация;
- научное сопровождение реформирования здравоохранения.

Первые четыре условия ориентированы на индивидуальный характер заботы о здоровье, следующие характеризуют долю участия организованной медико-социальной помощи в здравоохранении.

В республике разработана и внедрена **новая технологическая схема оказания первичной медико-санитарной помощи** населению на основе создания территориальных семейных отделений (бригад), включающих врачей и медсестер необходимого профиля. Цель создания комплексного территориального семейного отделения заключается в совершенствовании организации и улучшении качества первичной медико-санитарной помощи. Цель достигается решением следующих задач:

- перенос оказания медицинской помощи со стационара на амбулаторно-поликлинические учреждения;
- приближение квалифицированной медицинской помощи к месту жительства;

- рациональное использование потенциала узких специалистов за счет овладения врачами территориального участка смежными специальностями;
- разработка системы тарифов на оказание медицинских услуг как составной части механизма оценки результатов деятельности;
- повышение роли младшего и среднего медперсонала в системе первичной медико-санитарной помощи.

Определение затрат на обслуживание граждан и оплата труда осуществляются на основе дифференциации всего населения на пять групп, отличающихся сложностью необходимой медицинской помощи и категорией конкретного случая. Рассчитывается стоимость обслуживания каждого пациента. По мере улучшения состояния здоровья прикрепленных к данной поликлинике граждан (переход части пациентов из группы здоровья 5 в группу 4 и т. д.) путем проведения более активной профилактической работы, интенсивных лечебных мероприятий (реабилитация, стационар на дому и пр.) создается фонд экономического стимулирования для поликлиники в целом, каждого отделения врачебного участка. В результате у медперсонала появляется материальная заинтересованность в своей деятельности.

В течение последних лет учеными-медиками разрабатываются научно обоснованные предложения по вопросам реформирования здравоохранения Республики Беларусь. Исследования направлены на решение таких важных вопросов, как введение института врача общей практики, развитие консультативно-диагностических служб в поликлиниках, оптимизация коечного фонда за счет реорганизации структуры стационаров по степени интенсивности лечебно-диагностического процесса, внедрение в практику амбулаторной помощи стационарозамещающих технологий, стандартизация и унификация медицинской деятельности. Немаловажны и другие направления научно-практической деятельности: разработка норм и штатных нормативов медицинского персонала ЛПУ; переход от контроля к управлению качеством и эффективностью медицинской помощи; создание правовой базы и законодательных актов, направленных на дальнейшее развитие конституционных принципов обеспечения прав граждан на медицинскую помощь и охрану здоровья.

УПРАВЛЕНИЕ СОЦИАЛЬНЫМИ ИННОВАЦИОННЫМИ ПРОЦЕССАМИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Управление инновационными процессами – это управление системой процессов, связанных между собой в области внедрения и использования новых технологий. На практике данные процессы представлены: прогнозированием и планированием объемов финансовых ресурсов; опе-

ративным управлением финансовыми ресурсами; анализом и контролем расходования финансовых средств.

Важная роль в инновационных процессах отводится методам моделирования деятельности системы. Модель – основа любого управления. Даже в случае, когда модель объекта управления в формальном виде не описана, руководитель, принимая решение, прогнозирует реакцию системы на основе своего видения объекта управления и внешней среды – интуитивной модели.

Одним из перспективных направлений внедрения новаций в современные системы управления представляется разработка новых моделей, аккумулирующих активные знания в формализованном виде и позволяющих поддерживать более высокий уровень гарантии качества принимаемых решений за счет сокращения потенциальных ошибок, возникающих вследствие неправильного учета особенностей действий тех или иных элементов системы управления.

Реализация этого направления требует решения следующих задач: извлечение корпоративного знания, развитие корпоративного знания, поддержание цикла корпоративных знаний. Внедрение моделей и их использование создают предпосылки для инноваций в управлении крупными организациями и ЛПУ. В целях эффективного внедрения моделей используются международные стандарты качества медицинской помощи.

Для того чтобы результаты научных исследований, изобретений, разработок превратились в инновации, способные приносить реальную пользу в сфере улучшения здравоохранения, необходима организация процесса внедрения новых технологий. Стратегическое управление в здравоохранении предполагает разработку тактических задач, направленных на достижение стратегической цели.

Условия для внедрения новых технологий в здравоохранении следующие:

- достаточное информационное обеспечение;
- прогнозирование эффективности внедрения инноваций;
- рациональные финансовые затраты;
- приобретение качественного оборудования;
- адекватное применение современной компьютерной техники и другие факторы, способствующие улучшению качества оказываемой медико-социальной помощи.

Анализ литературных данных показал, что в целях эффективной организации процесса внедрения инноваций в здравоохранении создаются координационно-аналитические центры по управлению инновационны-

ми процессами в ЛПУ. Функциями координационно-аналитического центра ЛПУ являются:

- сбор, систематизация и анализ информации по всем доступным каналам на рынке современных технологий в здравоохранении;
- организация и проведение экспертизы новых технологий и оборудования, осуществление прогнозирования эффективности использования новых технологий, подготовка рекомендаций по их внедрению;
- разработка ежегодной программы научно-практических исследований, координация совместной работы по проведению этих исследований с научными учреждениями и организациями;
- анализ эффективности работы подразделений ЛПУ, внесение на рассмотрение руководства предложений по изменению структуры и повышению эффективности деятельности;
- подготовка обзоров, аналитических справок и рекомендаций;
- изучение состояния рынка медицинских услуг, подготовка рекомендаций по оптимизации рекламной деятельности, участие в организации сотрудничества с негосударственными медицинскими организациями, изучение общественного мнения, проведение социологических исследований;
- обеспечение двусторонней связи администрации ЛПУ со средствами массовой информации и медперсоналом.

Деятельность центра по управлению инновационными процессами в больнице на примере приобретения и ввода в эксплуатацию нового оборудования включает четыре этапа:

1-й этап – экспертиза и прогнозирование эффективности использования оборудования. Для этого проводятся маркетинговые исследования, оценивается техническая возможность установки и эксплуатации нового оборудования (наличие производственной площади, энерго-, водоснабжение и пр.), анализируется кадровый потенциал с целью определения кандидатур для обучения работе с оборудованием.

2-й этап – осуществление анализа рынка необходимого оборудования для определения наиболее оптимального соотношения цены и качества. При прочих равных условиях во внимание принимаются: более длительный гарантийный срок обслуживания, доступность расходных материалов, уровень сервисного обслуживания.

По итогам двух этапов готовится информационно-аналитический материал для руководителя ЛПУ с рекомендациями и предложениями по приобретению нового оборудования.

3-й этап – приобретение оборудования, монтаж, ввод в действие.

4-й этап – регулярный контроль и анализ эффективности использования приобретенного оборудования.

В результате улучшается качество медико-социальной помощи, рационально расходуются средства на медицинские услуги.

В соответствии с Концепцией развития здравоохранения Республики Беларусь в настоящее время создается медико-экономическая модель управления здравоохранением. Ведущими направлениями деятельности по совершенствованию механизма хозяйствования и позитивных изменений в здравоохранении являются:

- планирование финансовых средств с использованием нормативов бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя;
- уточнение уровня государственных гарантий в области здравоохранения с разработкой территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи и формированием государственных минимальных социальных стандартов в области здравоохранения;
- концентрация ресурсов на приоритетных направлениях деятельности и реструктуризации медицинской помощи;
- создание республиканских научно-практических центров;
- развитие общей врачебной практики;
- стандартизация медицинских технологий;
- расширение внебюджетной деятельности;
- информатизация отрасли.

Таким образом, Министерством здравоохранения Республики Беларусь определена модель здравоохранения, ориентированная на следующие ключевые положения:

1. Приоритетность развития здравоохранения с бюджетным финансированием в объеме не менее 7 % ВВП.
2. Определение нормативов бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя как основных показателей в системе государственных минимальных социальных стандартов в области здравоохранения.
3. Реализация права на бесплатное лечение в государственных организациях, осуществляемое в рамках государственных минимальных социальных стандартов в области здравоохранения.

Потенциальные возможности финансирования по нормативам расходов на одного жителя связаны со структурной перестройкой системы здравоохранения, совершенствованием экономических отношений, использованием новых форм организации и стимулирования труда медработников. Отрабатываются методики расчета себестоимости медицинских услуг, использования новых штатных нормативов, рассчитанных по численности населения. Установлен государственный минимальный со-

циальный стандарт по числу врачей первичного звена (участковые врачи) – 1 врач на 1300 жителей. Фактическая обеспеченность составляет (на 01.07.2004 г.) 1 врач на 1442 жителя – по штатному расписанию, на 535 жителей – по занятым должностям, на 1941 жителя – по физическим лицам. В европейских странах число врачей на 1000 населения колеблется от 1,5 в Великобритании до 5,5 в Италии.

Реализация медико-экономической модели здравоохранения требует активной, творческой и инновационной деятельности специалистов органов управления здравоохранением и всей медицинской общественности.

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ОПТИМИЗАЦИИ УПРАВЛЕНИЯ РЕСУРСАМИ В МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЕ

На рациональное использование ресурсов медицинского учреждения существенное влияние оказывает множество внешних и внутренних факторов лечебно-диагностического процесса. Из них выделяют 20 значимых факторов:

- 1) базовая подготовка медицинского персонала;
- 2) повышение квалификации персонала;
- 3) укомплектованность кадрами;
- 4) профессиональная адаптация персонала к современным технологиям управления ресурсами;
- 5) степень готовности администрации к инновациям;
- 6) финансово-экономическая готовность;
- 7) готовность информационно-технического комплекса;
- 8) уровень мотивации персонала;
- 9) стратегическое управление;
- 10) организационная структура;
- 11) контроль;
- 12) информационное обеспечение лечебно-диагностического процесса;
- 13) подушевой норматив финансирования;
- 14) стандартизация лечебно-диагностического процесса;
- 15) способ оплаты медицинской помощи;
- 16) критерии оценки трудозатрат персонала;
- 17) включение врача в процесс клинического управления;
- 18) система сбора, обработки и анализа медицинских затрат и услуг;
- 19) знание персоналом основ клинического менеджмента;
- 20) инновационная деятельность персонала.

Деятельность ЛПУ по ресурсному обеспечению осуществляется по следующим направлениям: использование трудовых ресурсов, коечного фонда, медицинской техники, финансовых ресурсов, информационных ресурсов, основных ресурсов.

Алгоритм оптимизации управления ресурсами в здравоохранении предполагает проведение следующих мероприятий:

- определение оценочных показателей объемов медицинской помощи и затрат;
- сбор и анализ информации;
- формирование информационной структуры, необходимой для выполнения плановых показателей;
- клинико-экономический анализ деятельности медицинского персонала;
- мониторинг и оценочные показатели.

Для проведения учета и анализа деятельности медицинского персонала используют следующие оценочные показатели: уровень госпитализации; средняя длительность госпитализации; количество посещений; средняя стоимость койко-дня; структура затрат; количество медицинских услуг; количество условных единиц трудозатрат; стоимость одной параклинической услуги и т. д.

Адекватная оценка персонифицированного учета и анализа медицинских услуг и ресурсных затрат медицинского персонала возможна только при наличии медицинского информационно-аналитического центра.

При управлении ресурсами в здравоохранении на практике возникают следующие трудности:

- заведующие отделениями не владеют данными о соотношении объемов медицинской помощи и затрат;
- лечащие врачи материально не заинтересованы в рациональном использовании ресурсов;
- лечащие врачи полностью отстранены от управления потоками клиентов и финансов;
- отсутствуют каналы обратной связи на всех уровнях лечебно-диагностического процесса;
- неоптимальны способы оплаты медицинской помощи;
- существует большая доля вероятности финансовых рисков;
- отсутствует стандартизация диагностических и лечебных мероприятий;
- не налажена эффективная система персонифицированного учета, оценки и анализа деятельности медицинского персонала.

Одним из путей оптимизации информационного обеспечения в здравоохранении является повсеместное внедрение **автоматизированной медицинской информационно-аналитической системы**. В основу ее создания заложены принципы структуризации, систематизации и стандартизации лечебно-диагностического процесса и эффективные каналы обратной связи с уровнем взаимодействия лечащего врача и пациента. *Алгоритм информационного обеспечения* деятельности ЛПУ включает в себя:

- сбор данных;
- обработку полученных данных;
- накопление полученного материала;
- хранение информации;
- формирование выходных форм;
- определение показателей аналитической информации.

Основные функциональные требования к автоматизированной медицинской информационно-аналитической системе следующие:

- обеспечение централизованного приема и передачи информации между пользователями системы;
- обеспечение единого информационного пространства и информационных стандартов внутри сети;
- накопление информации в интегрированных базах данных системы;
- обеспечение персонифицированного учета, оценки и анализа деятельности медицинского персонала;
- оформление счетов-фактур за лечение пациентов;
- расчет стоимости медицинской услуги;
- контроль за движением потоков пациентов и финансов как внутри медицинского учреждения, так и на межучрежденческом уровне.

Таким образом, автоматизированная медицинская информационно-аналитическая система и инновационные модели управления ресурсами в здравоохранении должны быть ориентированы на потребности населения в медико-социальной помощи и необходимые для ее оказания объемы ресурсных затрат.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ В УСЛОВИЯХ ЕГО РЕФОРМИРОВАНИЯ

Для решения проблем здравоохранения требуется повышение уровня профессиональной подготовки и управленческой культуры руководителей, изменение сознания медицинских работников. В современных условиях все большее значение приобретают социально-психологические ме-

тоды управления. Достижения в области социально-когнитивной психологии позволяют по-иному взглянуть на многие проблемы трудовой мотивации медицинских работников, социально-психологического и информационного обеспечения реформ в отрасли.

Стратегическое управление в здравоохранении как вид социальных инноваций предполагает разработку тактических задач для достижения стратегической цели. Цель любой организации достигается через планирование, организацию, мотивацию и контроль деятельности людей, т. е. человеческий фактор является центральным звеном процесса управления. В условиях реформирования отрасли социально-психологическая адаптация медицинских работников и их позитивное отношение к необходимым преобразованиям являются важным фактором эффективной деятельности всей системы здравоохранения. Поэтому основной задачей социально-психологического управления является соответствующее изменение поведения, убеждений и установок медицинских работников.

Для достижения этой задачи требуется повысить заинтересованность сотрудников медико-социальных учреждений в улучшении качества работы и культуры оказания медицинской помощи, обеспечить общественную поддержку каких-либо преобразований, улучшить морально-психологический климат в коллективе.

Опосредованно, с помощью социально-психологических методов, можно оказывать влияние на поведение человека или группы людей. Медицинские работники, как и все люди, осмысленно реагируют на поступающую информацию только тогда, когда у них есть желание (когда что-то касается их лично) и возможность ее анализировать. Проблемы реформирования здравоохранения и внедрения нововведений без соответствующей подготовки достаточно сложны для понимания. Гораздо больше медицинских работников волнуют вопросы, затрагивающие их непосредственные интересы: заработная плата, условия труда и т. д.

К основным **методам социально-психологического влияния** относят методы, основанные на принципах взаимности, последовательности, социального доказательства, благорасположения, авторитета.

1. *Метод, основанный на принципе взаимности.* Правило взаимного обмена является наиболее распространенной нормой человеческой культуры. Чуткое отношение к нуждам подчиненных позволит руководителю рассчитывать на их поддержку во время перемен и нововведений.

2. *Метод, основанный на принципе последовательности.* Внутреннее стремление к последовательности является базовой потребностью человека. Последовательность ассоциируется с интеллектуальностью, силой,

логикой, рациональностью, стабильностью, честностью. Главную роль при применении метода социального влияния на основе принципа последовательности играют принятые на себя обязательства, однако наиболее эффективны публичные обязательства, которые запускают процесс изменения установок. Для начала это может быть несколько слов в поддержку внедрения нововведений или отдельных преобразований в лечебно-диагностическом процессе. Обязательства не должны быть навязаны свыше, а быть внутренне мотивированными. Руководителю важно заручиться поддержкой в чем-то малом, связанном с изменениями в организации медико-социальной помощи и не вызывающим возражений. Различные собрания, совещания, конференции, семинары, медицинские советы, курсы повышения квалификации являются публичным полигоном для изменения установок медицинских работников в сторону более конструктивного внедрения инноваций в здравоохранении. Интересной формой социального влияния являются различные коллективные обращения, петиции, открытые письма, сбор подписей. Наличие подписей авторитетных людей или просто слух об их поддержке оказывает влияние на тех, кто еще не подписался. Публичные обязательства изменяют представление человека о самом себе и его поведение. Люди принимают на себя внутреннюю ответственность за выбранную форму поведения.

3. Метод, основанный на принципе социального доказательства. Согласно этому принципу человек определяет, что является правильным, выясняя, что считают правильным другие люди. Действие этого принципа усиливается в условиях неуверенности, отсутствия или недостаточной информации. Когда люди не чувствуют себя уверенно, в большей степени они ориентируются на действия и мнения других, чтобы решить, как им действовать. На большинство людей оказывает влияние поведение окружающих, особенно похожих на них людей. Поэтому при применении этого метода важно в качестве агитаторов инноваций выдвигать представителей тех профессиональных групп, на которые направлено социальное воздействие. Принцип социального доказательства эффективен на успешных примерах. Сообщают, что многие (чем больше, тем лучше) ЛПУ и их сотрудники организуют координационно-аналитические центры, бюро социально-психологических исследований, внедряют другие нововведения, и у них получается рационально использовать финансы, получать прибыль, материальное вознаграждение по результатам труда, улучшать качество медико-социальной помощи. Необходимо делать упор на возможность удовлетворения важных и актуальных потребностей медицинских работников: увеличение заработной платы, повы-

шение удовлетворенности работой, возможность самовыражения и реализации своих потенциальных возможностей. Для этого необходима позитивная информация в СМИ. Требуется распространение успешного опыта работы в новых условиях.

4. *Метод, основанный на принципе благорасположения.* Люди охотнее соглашаются с тем, что им нравится. Нам нравятся люди, похожие на нас. Желательно, чтобы агенты влияния были той же социальной группы, на которую осуществляется социально-психологическое воздействие. Для достижения благорасположения, положительных реакций используют принцип ассоциаций. Необходимо связывать инновационные процессы с какими-либо достижениями, позитивными, эмоционально окрашенными событиями. Важно установить положительную связь с помощью СМИ.

5. *Метод, основанный на принципе авторитета.* Многие авторитетные специалисты обладают особым воздействием на людей, склонных считать их достоверным источником информации. Влияние авторитетов возрастает, если они кажутся беспристрастными.

Таким образом, трудовое поведение и отношение медицинских работников к нововведениям в здравоохранении определяется не только влиянием окружающей социальной среды, но и особенностями восприятия и интерпретации объективной действительности на основе имеющихся установок. Оценка социальных влияний складывается под воздействием внутренних (диспозиционных) и внешних (ситуационных) факторов, различия между которыми стираются, так как ситуационные факторы вызывают изменения установочной системы. Общественное восприятие внедрения нововведений в здравоохранении во многом зависит от имеющихся у медицинских работников представлений, ощущений, жизненного опыта, уровня информированности, системы ценностей, социально-психологических особенностей.

В настоящее время доказано, что деньги не всегда побуждают человека трудиться усерднее. Для эффективной **мотивации медицинских работников** необходимо определить их потребности в порядке значимости и обеспечить возможность их удовлетворения в процессе трудовой деятельности. Выделяют две группы теорий мотивации:

1. *Содержательные теории*, в основе которых лежит идентификация потребностей человека, заставляющих людей действовать определенным образом.

2. *Процессуальные теории мотивации*, изучающие когнитивные особенности (особенности восприятия и познания) людей.

До сих пор нет единой общепринятой классификации потребностей. Большинство психологов считают, что потребности можно разделить на первичные (врожденные физиологические потребности в пище, воде, сне и пр.) и вторичные (потребности в успехе, уважении, привязанности, власти и пр.). Первичные заложены генетически, вторичные возникают и меняются в течение всей жизни в зависимости от окружающей среды. Вторичные потребности более индивидуализированы, чем первичные. В основе содержательных теорий мотивации лежат работы А. Маслоу, Д. Мак Клееланда, Ф. Герцберга. Приведем основные положения содержательных теорий.

Теория А. Маслоу:

1) Потребности делятся на первичные и вторичные, представляют собой пятиуровневую структуру, в которой они располагаются в соответствии с приоритетом.

2) Поведение человека определяет самая низкая неудовлетворенная потребность в иерархической структуре.

3) После того, как потребность удовлетворена, ее мотивирующее воздействие прекращается.

Теория Д. Мак Клееланда:

1) Существует три потребности, мотивирующие поведение человека, — потребность власти, успеха, принадлежности (социальная потребность).

2) Актуальны потребности высшего порядка, поскольку потребности низших уровней, как правило, уже удовлетворены.

Теория Ф. Герцберга:

1) Потребности делятся на гигиенические факторы и мотивации.

2) Наличие гигиенических факторов всего лишь не дает развиваться неудовлетворению работой.

3) Мотивации, которые примерно соответствуют потребностям высших уровней у А. Маслоу и Д. Мак Клееланда, активно воздействуют на поведение человека.

4) Чтобы эффективно мотивировать подчиненных, руководитель должен сам вникнуть в сущность работы.

Таким образом, для мотивации нет универсального способа, эффективного во всех случаях и для всех людей. Потребности человека и способы их удовлетворения определяются его местом в социальной структуре и ранее приобретенным жизненным опытом. Задача руководителя — определить доминирующие потребности своих подчиненных, способствовать их полному или частичному удовлетворению для достижения целей организации.

Процессуальные теории рассматривают не только потребности человека, но и процесс выбора возможного поведения на основе особенностей восприятия окружающей среды, ожиданий, оценки возможных результатов выбранного поведения. Выделяют три основные процессуальные теории мотивации: теория ожиданий, теория справедливости, модель Портера – Лоулера.

Теория ожиданий рассматривает следующие взаимосвязи:

- затраты труда – результаты труда;
- результаты труда – вознаграждение;
- вознаграждение – удовлетворенность вознаграждением, его субъективная ценность для индивидуума.

В современных теориях мотивации понятие вознаграждения трактуется более широко: под ним понимается все, что человек может получить в результате определенного поведения и считается ценным для него. Поэтому мотивация работников должна осуществляться дифференцированно.

Выделяют два типа вознаграждения:

1) внутреннее (чувство достижения результата, значимости выполненной работы, самоуважение); вознаграждение дает сама работа.

2) внешнее (зарплата, продвижение по службе, символы служебного статуса, престиж, социальное признание); вознаграждение дает организация, в которой трудится человек.

Оптимальное соотношение внутренних и внешних вознаграждений определяет потребности людей. Несмотря на низкую зарплату медицинских работников, их трудовая мотивация не должна сводиться только к материальному вознаграждению. Для повышения производительности труда и качества оказания медицинской помощи руководители должны сформировать высокий, но реалистичный уровень ожидаемых результатов труда от подчиненных, внушить им, что они смогут добиться успехов, если приложат силы. Оценка работниками своих возможностей во многом зависит от того, что ожидает руководство. Если требования руководства высоки, обоснованы и понятны для подчиненных, тогда производительность труда повышается.

Теория справедливости основывается на положении о том, что люди оценивают (крайне субъективно) соотношение полученного ими вознаграждения и собственных затраченных усилий и сравнивают его с вознаграждением других работников за аналогичную работу. Если коллега получил больше, возникает психологическое, физиологическое чувство дискомфорта, поправной справедливости. Теория справедливости

имеет исключительное значение в мотивации медицинских работников. Для снижения социально-психологического напряжения требуются не только обоснованные разъяснения по поводу материального обеспечения, но и справедливое распределение материальных благ. Порядок оплаты медицинских работников в целом приблизительно одинаков в соответствии с единой тарифной сеткой. На медицинских работников большое влияние оказывает размер заработной платы в соседнем ЛПУ, чем доходы других социальных групп.

Модель Портера – Лоулера включает в себя элементы теории ожидания и теории справедливости. Согласно этой модели, результаты труда определяются в зависимости от трех переменных: затраченных усилий, способностей человека и оценки им своей роли в процессе труда. Объем затраченных усилий зависит от оценки работником ценности вознаграждения и уверенности в том, что оно будет получено. Результативный труд и чувство выполненной работы ведут к ощущению удовлетворенности. Практика показала, что высокая результативность является причиной удовлетворения, а не следствием. Довольные работники не всегда трудятся лучше. Материальное вознаграждение должно следовать за эффективной работой. Заработная плата, не связанная с результатами труда, теряет мотивирующее значение. Мотивация деньгами эффективна, когда работники придают ей большое значение и имеется связь между материальным вознаграждением и результатами труда.

Реализация принципа оплаты труда по конечному результату в здравоохранении трудно достижима, так как сложно формализовать критерии оценки деятельности медицинских работников и ЛПУ. При внедрении инноваций в здравоохранении необходимо учитывать реакцию медицинских работников уже на стадии планирования изменений.

Таким образом, нет универсального метода мотивации. Существуют определенные правила для руководителей, направленные на повышение производительности труда, удовлетворенности работой, улучшение морально-психологического климата в коллективе:

- увязывайте вознаграждение с результатами труда;
- выражайте публичное признание лучшим работникам;
- не пытайтесь провести какие-либо изменения и преобразования, пока вы не в состоянии компенсировать все связанные с ними издержки (дополнительный объем работы, увеличение психологической нагрузки и т. д.);
- поощряйте участие подчиненных в управленческом и инновационном процессе, разработке критериев оценки результативности труда;
- делайте труд подчиненных более привлекательным.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ПРЕОДОЛЕНИЯ СОПРОТИВЛЕНИЯ НОВОВВЕДЕНИЯМ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Сопротивление переменам и нововведениям является распространенным явлением. Оно может проявляться от скрытого пассивного неприятия до открытой активной борьбы. Основные причины сопротивления переменам и инновациям:

1. Неопределенность. Чувство неопределенности само по себе вызывает психологический дискомфорт, так как ощущение контроля над окружающей средой и собственной жизнью относится к базовым потребностям человека.

2. Предполагаемая угроза потребностям работника и ощущение возможных потерь (уменьшение заработной платы, угроза увольнения, нарушение социальных связей, необходимость переучиваться и пр.).

3. Убеждение, что перемены и нововведения не решат существенных проблем и ничего хорошего не принесут.

4. Прошлый отрицательный опыт перемен и нововведений.

Учитывая большую вероятность сопротивления нововведениям, необходимо предпринимать превентивные меры по его предотвращению. Для этого руководителям требуется информация о потребностях подчиненных, неформальных группах и ее лидерах.

В целях преодоления сопротивления нововведениям используют рассмотренные выше методы мотивации работников и соответствующее информационное обеспечение. Меры принуждения к нововведениям обладают краткосрочным действием и не меняют установок работников. Более перспективны методы, направленные на изменение установок, культуры организации, включая нормы, систему ценностей и цели организации. В таблице представлены основные способы преодоления сопротивления организационным инновациям. Бесконфликтное внедрение нововведений является скорее исключением, чем правилом. Меры принуждения в инновационном процессе не всегда эффективны и связаны с риском психологического отторжения перемен. Более эффективны социально-психологические методы, но они сопряжены с большими потерями времени и определенными затратами. Поэтому в случае необходимости быстрых изменений применяются более жесткие меры.

**Основные способы преодоления сопротивления
организационным инновациям**

Меры	Предпосылки применения	Преимущества	Недостатки
Обучение и предоставление информации	Недостаток информации, недостоверная информация, неправильная ее интерпретация	При убежденности в пользе инноваций сотрудники активно участвуют в преобразованиях	Требуется очень много времени, если надо охватить большое число сотрудников
Привлечение к участию в проекте	Дефицит информации у инициаторов проекта относительно программы изменений и предполагаемого сопротивления им	Участники заинтересованно поддерживают изменения и активно предоставляют информацию для планирования нововведений	Требуется очень много времени, если участники имеют неправильное представление о социальных инновациях
Стимулирование и поддержка	Сопротивление в связи со сложностью индивидуальной адаптации к отдельным изменениям	Предоставление помощи при адаптации и учет индивидуальных пожеланий облегчает достижение целей нововведений	Требуется много времени и крупных расходов
Переговоры и соглашения	Сопротивление групп и лиц, опасющихся потерять свои привилегии в результате нововведений	Предоставление стимулов в обмен на поддержку – относительно простой способ преодоления сопротивления	Требуются большие расходы, может вызывать претензии у других лиц
Кадровые перестановки и назначения	Несостоятельность других «тактик» влияния или недопустимо высокие затраты по ним	Сопротивление относительно быстро ликвидируется, не требуя высоких затрат	Угроза будущим проектам из-за недоверия затрагиваемых лиц
Скрытые и явные меры принуждения	Дефицит времени и наличие власти у инициаторов инноваций	Могут быстро преодолеть сопротивление, делают возможной быструю реализацию проекта внедрения	Связаны с риском, могут вызвать негативное отношение к инициаторам и пассивное сопротивление изменениям

ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ИННОВАЦИИ В ЕВРОПЕЙСКИХ СТРАНАХ

Системы здравоохранения являются одним из наиболее крупных секторов всемирной экономики. Глобальные расходы на медико-санитарную помощь составляют приблизительно 2985 млрд долл. США, почти 8 % от всемирного внутреннего валового продукта. Ресурсы, выделяемые системам здравоохранения, распределяются неравномерно и непропорционально самим проблемам здравоохранения. Страны с низким и средним уровнем дохода дают лишь 18 % глобальных доходов и 11 % глобальных расходов на здравоохранение (4 % от ВВП в этих странах). Тем не менее 84 % населения мира живут в указанных странах, и на их долю приходится 93 % общего бремени заболеваемости в мире. Страны с низким и средним уровнем дохода сталкиваются со многими сложными проблемами в обеспечении медико-социальных потребностей своего населения.

В странах с низким уровнем дохода, где общественные средства на все виды расходов являются недостаточными, финансирование и оказание медико-санитарной помощи принадлежат частному сектору. Во многих странах значительная часть бедняков до сих пор не имеют доступа к основным и эффективным видам медико-санитарной помощи.

В настоящее время в странах Европы наблюдается своеобразная картина заболеваемости, определяемая рядом факторов, влияющих на нововведения в здравоохранении:

- проблемой старения населения;
- структурой заболеваемости;
- изменениями в рационе питания и образе жизни;
- появлением новых и возвратом старых инфекционных заболеваний;
- внедрением новых инвазивных и неинвазивных клинических методов лечения;
- последствиями экономического спада и увеличением разрыва в доходах, особенно в странах Центральной и Восточной Европы и Новых независимых государствах.

Постарение населения. Доля людей старше 65 лет будет по-прежнему расти. По мере достижения людьми пенсионного возраста их потребности в медико-социальных услугах увеличиваются, и изменяется структура заболеваемости, определяющая эту потребность. Рост потребностей в медицинском обслуживании увеличивает расходы на здраво-

охранение. Во многих странах положение усугубляется снижением коэффициента рождаемости, в связи с чем уменьшается количество трудоспособного населения, призванного вносить свой вклад в формирование фондов общественного здравоохранения, тогда как потребность в здравоохранении увеличивается, растут расходы на социальное обеспечение (например, выплаты пенсий и пр.). Масштабы проблемы варьируют по странам, так, в Великобритании относительно меньше проблем, чем в Германии, где сложно решаются медико-социальные вопросы. Спрогнозировать долгосрочные тенденции пока еще трудно, но резкое снижение коэффициента рождаемости во многих регионах Европы вызывает серьезную проблему, поскольку численность экономически активного населения, способного содержать растущее число престарелых, будет сокращаться.

Еще одним следствием старения населения является увеличение числа людей, страдающих от многочисленных болезней, в связи с чем они одновременно проходят несколько курсов лечения, которые могут быть несовместимы. Это создает новую проблему необходимости отхода от модели медицинского обслуживания, опирающейся на врачебную специализацию, и перехода к модели совместной работы медиков различных специальностей.

Структура заболеваемости будет также изменяться. В частности, возрастает число лиц, страдающих от сердечно-сосудистых заболеваний и заболеваний сосудов головного мозга, от рака, слабоумия, переломов (особенно у женщин). Обычного реагирования служб здравоохранения на эти новые явления уже будет недостаточно. По мере развития исследований по проблеме эффективности специализированных программ борьбы с основными причинами болезней службам здравоохранения придется перестраиваться, учитывая, например, необходимость создания региональных служб по лечению рака, специализированных многопрофильных отделений по лечению диабета, комплексных лечебных центров, включающих отделения ортопедической хирургии, лечения старческих заболеваний и реабилитации лиц с переломами бедра.

Изменения в рационе питания и образе жизни. На протяжении многих лет продолжительность жизни в странах Южной Европы была более высокой, чем в других частях региона. Например, продолжительность жизни в Греции и Испании была выше, чем в других странах Евросоюза; в Албании она превышала средний показатель по странам Центральной и Восточной Европы, в Кавказских республиках – средний показатель по Новым независимым государствам. В основном это объясняется разли-

чиями в рационе питания. Хотя точные механизмы, действующие в этой области, еще изучаются. Более высокая продолжительность жизни непосредственно связана с высоким уровнем употребления свежих овощей и фруктов. В настоящее время положение в странах, которые исторически пользовались преимуществом употребления овощей и фруктов, меняется. В Испании и в других странах растет популярность закусовых быстрого обслуживания, еда в которых содержит много животных жиров. Это может привести к увеличению числа сердечно-сосудистых заболеваний и появлению других, связанных с питанием, болезней (например, рака груди). Возможно, потребуется произвести переоценку потребности в программах скрининга в южноевропейских странах, где ранее наблюдались низкие уровни заболевания раком груди.

Изменения в образе жизни, в частности рост табакокурения в некоторых регионах Европы, создают проблемы, связанные с ростом числа больных раком легких, что ведет к увеличению потребности лечения раковых заболеваний. При этом рост потребности сочетается с распадом традиционных структур семьи и появлением необходимости в организации паллиативного медико-социального обслуживания населения. Рост числа курящих в тех странах, где изменяется рацион питания, стимулирует повышение распространенности сердечно-сосудистых заболеваний. Курение имеет много других последствий, связанных со скрытым воздействием на легочную функцию. Эти люди хуже переносят общую анестезию, становятся более уязвимыми к легочным инфекциям в послеоперационный период, что удлиняет срок их пребывания в больнице, увеличивая расходы на лечение.

Появление новых и возврат старых инфекций. Некоторые из них, в частности ВИЧ-инфекция и СПИД, уже привели к переориентации организации систем здравоохранения в ряде европейских стран. Последствия ВИЧ-инфекции не ограничиваются сферой заболеваний, передаваемых половым путем, а затрагивают все аспекты организации здравоохранения, включая подходы к борьбе с внутрибольничными инфекциями и проверку служб переливания крови. Распространение в больницах бактерий, стойких к многим антибиотикам, имеет серьезные последствия для стационарного лечения. Уже сейчас пациенты, заразившиеся стойкими к метициллину бактериями, в некоторых странах рассматриваются как слишком опасные больные, требующие индивидуального лечения на дому. В ряде стран отсутствие надлежащей политики в области применения антибиотиков ведет к значительному увеличению числа случаев инфицирования пациентов в больницах, удлиняя срок пребывания и расходы на лечение в стационаре. Такое положение заставляет произвести

переоценку способов оказания медицинской помощи и расширить практику лечения отдельных заболеваний за пределами больницы.

Тенденция роста инфекционных заболеваний затрагивает не только пациентов больниц. В результате распада систем государственного здравоохранения в Новых независимых государствах появились такие болезни, как полиомиелит, дифтерия, холера и малярия, что повлияло на организацию служб первичной медико-санитарной помощи. Во всей Европе наблюдается рост заболеваемости туберкулезом, причем устойчивой к большинству обычных лекарственных средств формой. В связи с этим необходимы новые подходы к организации и контролю за назначением медикаментозного лечения препаратами нового поколения.

В условиях старения населения, растущего распространения хронических заболеваний и болезней, передаваемых половым путем, в результате распространения ВИЧ-инфекции и СПИДа, требуется расширение комплекса медико-социальных услуг и нововведений.

Внедрение инвазивных и неинвазивных клинических методов лечения. В силу факторов безопасности, эффективности, качества обслуживания и престижа, удовлетворенности пациентов к поставщикам медицинских услуг предъявляются более жесткие требования относительно применения новейших методов лечения. Даже если эти методы являются менее дорогостоящими (например, лапароскопическая хирургия, визуализация сердца), они требуют значительных капитальных затрат на новое оборудование, модернизацию технической базы, повышение расходов в связи с обучением и наймом дополнительного персонала. Прогресс в области информатики также требует капиталовложений в аппаратные средства, подготовку кадров.

В ряде стран Европы созданы организации, специализирующиеся в области оценки новых технологий и инноваций. В некоторых странах при правительстве действуют специальные органы, например Французское национальное агентство по разработке методов оценки медицинской технологии, Немецкий отдел прикладного системного анализа, Управление по технической оценке медицинских технологий в Каталонии, фонды помощи больным в Германии, Польше, Российской Федерации и прочие организации. Разработкой и исследованием инноваций в большинстве стран занимаются университеты, научно-исследовательские центры. Данные организации оказывают разное влияние на процесс реализации и внедрения новых технологий. Они проводят оценку новых и уже существующих технологий, сбор и анализ полученных данных об эффективности их использования, осуществляют соответствующие аналитические и сравнительные исследования. Несмотря на значительные

масштабы их деятельности, быстрое развитие медицинских технологий, изменяющиеся условия и структуру заболеваемости населения, существуют различия в адекватности и эффективности новых технологий в разных странах. При проведении сравнительного анализа иногда невозможно провести различие между оптимальными и избыточными уровнями конкретных технологий и инноваций. Для оценки оптимальной структуры системы медицинских технологий необходимо:

- проведение систематической идентификации приоритетов с учетом национальных особенностей;
- обзор полученных результатов;
- проведение фундаментальных исследований;
- внедрение и распространение результатов разработок, исследований.

Примером нового подхода, направленного на расширение внедрения инноваций от стадии научно-исследовательской разработки до практического применения, является стратегия научно-исследовательской деятельности и развития в рамках Британской национальной службы здравоохранения. Комитет по контролю устанавливает национальные приоритеты, но его деятельность дополняется сетью вспомогательных комитетов в каждом регионе и другими центральными органами, например Центром по проведению обзоров и распространению инновационной информации и исследованиям. На основе систематического обзора фактических данных, дополненных мнениями экспертов, готовятся рекомендации по ведению конкретных патологических состояний. Такие рекомендации разрабатываются государственными учреждениями, организациями врачей, страховыми компаниями и прочими учреждениями. Рекомендации могут носить обязательный или произвольный характер, предусматривают меры поощрения или наказания (финансовые штрафы).

Результаты оценки медицинских технологий оказывают влияние на общий состав и уровень использования высокотехнологичного оборудования, что в целом обеспечивает улучшение качества медико-социальной помощи, формирование новых видов медицинской помощи.

Таким образом, меняющиеся условия и структура заболеваемости населения, изменения в рационе питания и образе жизни, применение новых клинических методов лечения требуют трансформации традиционных моделей оказания медицинской помощи и внедрения новых медико-социальных услуг и инноваций. При этом следует учитывать, что многие заболевания вызываются причинами, выходящими за пределы сектора здравоохранения. Изменение основных показателей здоровья в Европе является одним из факторов мотивации изменений в системах здравоохранения как на микро-, так и на макроуровнях.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Процесс постарения населения характерен для большинства стран мира, в том числе и для нашей страны. В Республике Беларусь на 1 января 1999 г. число граждан трудоспособного возраста составляло 5,8 млн человек; старше трудоспособного возраста – 2,2 млн человек, т. е. на 1000 трудоспособных приходилось 380 человек старше 65 лет. За период 1990–1998 гг. количество занятых в народном хозяйстве уменьшилось на 15,2 % при росте численности пенсионеров на 12,4 %. В результате этого процесса в Республике Беларусь значительно изменяется соотношение между работающими и пенсионерами: если в 1990 г. оно составляло 2,2 к 1, то в 1998 г. – всего 1,6 к 1. Это означает, что увеличивается нагрузка на пенсионную систему, обостряются проблемы финансирования, возрастает потребность в медико-социальном обслуживании пожилых.

В настоящее время граждане в возрасте 65 лет и старше составляют более 20 % населения республики. Численность пенсионеров всего в 1990 г. составляла около 2,3 млн человек; в 2000 г. – 2,5 млн человек; минимальный размер месячной пенсии по возрасту в 1995 г. – 248,5 тыс. руб.; в 2000 г. – 27,0 тыс. руб.; в 2001 г. – 44,4 тыс. руб.; величина прожиточного минимума пенсионера в 1995 г. равнялась 457,3 тыс. руб.; в 2000 г. (с учетом деноминации) – 31,3 тыс. руб.; в 2001 г. – 51,8 тыс. руб.

В декабре 2001 г. средний размер назначенных месячных пенсий составил 39,1 % от величины средней начисленной заработной платы.

На 1 января 2001 г. в расчете на 1000 населения приходилось 261,5 пенсионера, на 1 января 2002 г. – 250,3 пенсионера.

Одно из заметных макроэкономических последствий старения как социально-демографического процесса – рост потребности в медицинской помощи и социальных услугах в широком смысле. Расходы на медицинскую помощь одному больному пенсионного возраста в три раза больше, чем больному трудоспособного возраста. Граждане пожилого возраста формируют устойчивый спрос на социальные услуги. В комплексе мер медико-социального характера, направленных на охрану здоровья лиц старшего возраста, особое место занимают *внебольничные формы помощи пожилым* как наиболее экономичные в финансовом и кадровом отношении. Среди них выделяют:

- гериатрические кабинеты в поликлиниках;
- геронтологические и гериатрические центры, амбулаторные гериатрические отделения, медико-социальные отделения в ЛПУ;

- стационарозамещающие центры (дневные стационары в ЛПУ, стационары на дому, койки дневного пребывания при стационарах);
- центры медико-социальной реабилитации инвалидов;
- система врача общей практики;
- службы органов социальной защиты (центры социального обслуживания, отделения скорой помощи, социальной помощи на дому, отделения дневного и временного пребывания, социальные жилые дома);
- службы, организуемые Обществом Красного Креста, дома милосердия, хосписы и другие общественные организации.

Возрастает доля дорогостоящих услуг по постоянному уходу на дому, медико-социальных услуг. Растет спрос на места в учреждениях медико-социального профиля. Наблюдается постоянный рост посещаемости пожилыми людьми нестационарных учреждений социального обслуживания.

Число домов-интернатов для престарелых и инвалидов в Республике Беларусь всего в 1990 г. составляло 66, в них проживало 15,2 тыс. человек; в 2000 г. – 63, в них проживало 14,2 тыс. человек; в 2001 г. – 63, в них находилось 14,5 тыс. человек.

Численность граждан пожилого возраста и инвалидов, обслуживаемых отделениями социальной помощи на дому, в 1990 г. составила более 37,1 тыс. человек; в 2000 г. – 92,8 тыс. человек; в 2001 г. – 90,3 тыс. человек.

В 2001 г. на постоянном постельном режиме находилось 38,7 % взрослых и 32,5 % детей из числа проживающих в домах-интернатах.

Особенность ситуации в том, что востребованным является стационарное и нестационарное социальное обслуживание. Сложилась сеть учреждений социального обслуживания. По своим основным характеристикам она выглядит вполне стабильной и удовлетворительной.

В настоящее время актуальным стал вопрос повышения качества социальных услуг, предоставляемых пожилым людям. Этот вопрос решается в рамках действующих нормативных документов традиционными подходами к организации социального обслуживания.

Управление качеством социального обслуживания должно базироваться на принципах:

приемлемости, доступности, справедливости, законности, эффективности, экономичности.

Доминирующая роль принадлежит доступности социальных услуг, в основе которой лежит принцип солидарности, когда человек в зависимости от индивидуальной нуждаемости получает защиту и помощь от об-

щества через государственные и негосударственные структуры, основываясь на своем законном праве.

Применение принципа законности прямо связано с вопросами правового регулирования положения пожилых людей. В Республике Беларусь права пожилых граждан регулируются законами:

«О пенсионном обеспечении», «О социальном обслуживании», «Об основах государственного социального страхования», «О государственных минимальных социальных стандартах», «О ветеранах», «О социальной защите инвалидов» и другими законодательными актами, например Декретом Президента Республики Беларусь *«О дополнительных мерах по совершенствованию пенсионного обеспечения»*.

В стране разработан и осуществляется План мероприятий по улучшению социального положения пожилых людей, утверждена Республиканская программа по проблемам пожилых людей, в рамках которой действуют региональные комплексные программы.

На основании действующего законодательства и международного права складывается единый нравственно-этический стандарт отношения к пожилому человеку, основанный на уважении. Социальные службы опираются в своей работе на *главный принцип социального обслуживания – ориентацию на индивидуальную оценку нуждаемости клиента, более совершенный механизм предоставления социальных услуг на основе индивидуальных планов, участие самих пожилых людей и их семей в планировании услуг*.

Приоритетными направлениями практических мероприятий по улучшению социального положения и внедрения инноваций в социальном обслуживании пожилых являются:

- обеспечение безопасных условий для них;
- недопущение проявлений дискриминации по признаку пола, возраста, укрепление солидарности поколений;
- сохранение самостоятельности в пожилом возрасте через предоставление социальных услуг;
- налаживание партнерства на всех уровнях.

Внедрение новых технологий в практику социального обслуживания населения пожилого возраста обусловлено наличием неудовлетворенного спроса на социальные услуги и необходимостью поиска ресурсов при их ограниченности. Оптимизация расходов на социальное обслуживание – главная тенденция во всех странах.

Благодаря государственной политике в области социального обслуживания населения пожилого возраста возможно внедрение новых социальных технологий, проверенных на опыте других стран:

- социальное обслуживание пожилых на дому;
- хоспис на дому;
- отделения доставки социальных услуг;
- мобильная социальная помощь;
- социальная квартира; поезда милосердия и пр.

Сегодня приоритет отдается *социальному обслуживанию пожилых на дому*. В деятельности социальных служб разграничены сервис, личный уход, мероприятия по реабилитации и поддержанию здоровья. В настоящее время применяется метод работы бригадами, в состав которых входят семейные врачи, медицинские сестры, социальные работники, психологи, гериатры.

Из многообразия нововведений, применяемых в медико-социальном обслуживании пожилых людей, выделяют *хоспис на дому* – это усовершенствованная модификация отделения социально-медицинской помощи на дому. Главное отличие – работа бригадой, которую возглавляет врач-гериатр, в состав входят медицинские сестры, социальные работники, младшие медицинские сестры. Персонал работает не только с пациентом, но и с семьей, обеспечивая паллиативную помощь на дому, помогая пережить тяжелую утрату.

В структуре центров социального обслуживания населения образованы *отделения доставки*, где социальные работники уделяют внимание каждому клиенту. Предоставляются следующие социальные услуги на дому:

- обеспечение доставки горячей пищи, лекарств, товаров первой необходимости;
- выполнение работы по дому, которую можно описать как обслуживание;
- предоставление личных и бытовых услуг (гигиенические мероприятия, одевание, купание, укладывание в постель);
- оказание услуг по поддержанию социальных связей с прежним местом работы, предоставление лечебно-профилактической помощи в центрах здоровья, поликлиниках, организациях досуга.

Для сельских жителей предоставление адресной оперативной помощи осуществляется *мобильной социальной службой*. Специальный автобус оборудован специализированными кабинетами для приема врачами, со-

циальными работниками. Организуются парикмахерские, прачечные, швейные и ремонтные мастерские.

В поликлиниках создаются *социальные помещения* со средствами реабилитации и социальной адаптации клиентов. Это позволяет эффективно оценивать возможности пожилого человека, индивидуально подобрать технические средства реабилитации. Пожилые могут пройти простые медицинские процедуры, консультации медиков, социальных работников, юристов, взять напрокат предметы ухода, инвалидные коляски. Создаются *социальные жилые дома*, где одинокие пенсионеры и супружеские пары получают благоустроенную квартиру, где работает служба социальной, социально-психологической помощи и проводится работа по формированию досуга жильцов.

Таким образом, отмечается большое разнообразие форм медицинской и социальной помощи пожилым людям. Большое внимание уделяется внебольничным формам обслуживания и реабилитации пожилых людей как наиболее эффективным и рациональным в экономическом и кадровом отношениях.

ВОПРОСЫ К СЕМИНАРСКИМ ЗАНЯТИЯМ

Занятие № 1

Тема: Состояние научного потенциала и инновационной деятельности в Республике Беларусь

Вопросы:

1. Основные показатели состояния научного потенциала и инновационной деятельности.
2. Организационные структуры научно-инновационного комплекса страны.
3. Кадровый потенциал науки.
4. Источники финансирования научных исследований.
5. Результативность научной деятельности.
6. Главные факторы, препятствующие внедрению инноваций.

Занятие № 2

Тема: Законодательное обеспечение научной, научно-технической и инновационной деятельности в Республике Беларусь

Вопросы:

1. Нормативно-правовая база научно-инновационной деятельности.
2. Документы, определяющие принципы регулирования отношений в научно-технической сфере.
3. Главные направления государственной поддержки инновационной деятельности.
4. Проблемы и перспективы правовой регламентации научно-технической деятельности.

Занятие № 3

Тема: Основные направления национальной инновационной политики Республики Беларусь

Вопросы:

1. Главные направления развития научно-инновационного комплекса Республики Беларусь.

2. Основные положения Концепции инновационной политики Республики Беларусь.
3. Цели, задачи, принципы инновационной политики государства.

Занятие № 4

Тема: Инновационные подходы к организации и управлению медико-социальной помощью

Вопросы:

1. Проблемы управления экономики здравоохранения в Республике Беларусь.
2. Инновации в организации медико-социальной помощи.
3. Количественные и качественные показатели инноваций в здравоохранении.
4. Перспективные направления улучшения качества медико-социальной помощи.
5. Новая схема оказания первичной медико-санитарной помощи населению.

Занятие № 5

Тема: Управление социальными инновационными процессами

Вопросы:

1. Процессное управление в медико-социальной сфере.
2. Условия для внедрения новых технологий в здравоохранении.
3. Медико-экономическая модель управления здравоохранением в Республике Беларусь.

Занятие № 6

Тема: Социально-психологические методы управления здравоохранением в условиях его реформирования

Вопросы:

1. Основные методы социально-психологического влияния.
2. Мотивация медицинских работников на нововведения в здравоохранении.
3. Основные положения содержательных теорий мотивации.
4. Процессуальные теории мотивации.
5. Способы преодоления сопротивления нововведениям в здравоохранении.

Занятие № 7

Тема: Здоровье населения и медико-социальные инновации в европейских странах

Вопросы:

1. Социально-демографические факторы, влияющие на нововведения в здравоохранении.
2. Изменение возрастной структуры населения в европейских странах.
3. Показатели заболеваемости, влияющие на внедрение специализированных медико-социальных программ и служб здравоохранения.
4. Изменения в рационе питания и образе жизни европейцев.
5. Внедрение и оценка новых клинических методов лечения.

Занятие № 8

Тема: Инновационные технологии социального обслуживания пожилых людей

Вопросы:

1. Социальное обслуживание пожилых людей в Республике Беларусь.
2. Правовое регулирование положения пожилых людей.
3. Приоритетные направления реализации практических мероприятий по улучшению социального положения пожилых людей.
4. Внедрение новых технологий социального обслуживания пожилых людей.

ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ

1. Формирование общей инновационной политики и ее национальных составляющих.
2. Динамика основных показателей состояния научного и инновационного потенциала Республики Беларусь.
3. Проблемы и перспективы правовой регламентации научной и инновационной деятельности в Республике Беларусь.
4. Проблемы реализации государственных программ инновационной деятельности в Республике Беларусь.
5. Проблемы исследования инновационных процессов в медицине.
6. Создание инновационно-инвестиционной инфраструктуры при решении вопросов активизации инновационной деятельности.
7. Управление и организация инновационной деятельности в здравоохранении.
8. Запрещение инноваций, противоречащих общественным и государственным интересам.
9. Инновационная доктрина государства.
10. Национальная инновационная политика Республики Беларусь.
11. Развитие инновационно-кадрового потенциала Республики Беларусь.
12. Ресурсное обеспечение социальных инноваций.
13. Реформы здравоохранения и здоровье населения Республики Беларусь.
14. Внедрение инноваций в здравоохранении.
15. Состояние и тенденции информатизации здравоохранения Республики Беларусь.
16. Инновационные подходы к социальному обслуживанию пожилых и инвалидов.
17. Инновации в организации медико-социальной помощи.

ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ

1. Социальные инновации: классификация, особенности, цели.
2. Основные показатели научного потенциала и инновационной деятельности.
3. Состояние научно-технического потенциала Республики Беларусь.
4. Главные направления развития научно-инновационного комплекса страны.
5. Определение понятий «инновационная продукция», «научные исследования», «процессные инновации», «разработки», «инновационный проект», «государственная научно-техническая программа».
6. Состояние научно-инновационного комплекса Республики Беларусь.
7. Нормативно-правовая база научной, научно-технической и инновационной деятельности в Республике Беларусь.
8. Проблемы и перспективы правовой регламентации научно-инновационной деятельности.
9. Исследование инновационных процессов в медицине и здравоохранении.
10. Классификация инноваций в медицине и здравоохранении.
11. Наиболее значимые проблемы управления в здравоохранении.
12. Инновации в организации медико-социальной помощи населению.
13. Внедрение инноваций в здравоохранении и реформирование отрасли.
14. Перспективные направления улучшения качества медицинской помощи.
15. Условия эффективности медико-социального обслуживания населения.
16. Новая технологическая схема оказания первичной медико-социальной помощи в Республике Беларусь.
17. Организация процесса внедрения новых технологий в здравоохранении.
18. Процессное управление в медико-социальной сфере.

19. Медико-экономическая модель здравоохранения Республики Беларусь.
20. Общие положения социально-когнитивной психологии, применяемые в социально-инновационном направлении.
21. Условный пример установочной системы по отношению к нововведениям в больнице.
22. Основные методы социально-психологического влияния.
23. Основные положения содержательных теорий мотивации.
24. Процессуальные теории мотивации.
25. Социально-психологические методы преодоления сопротивления нововведениям в здравоохранении.
26. Структура заболеваемости в Европе.
27. Социально-демографические факторы, влияющие на нововведения в здравоохранении.
28. Внедрение клинических инноваций, их оценка.
29. Инновационные подходы к оптимизации управления ресурсами в ЛПУ.
30. Инновационные технологии социального обслуживания пожилых людей.
31. Принципы доступности медико-социальной помощи.
32. Проблемы медико-социального обеспечения населения в современных условиях.
33. Внебольничные формы организации медико-социальной помощи лицам старшего возраста.

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Основная

Бондаренко, И. Н. Инновационные технологии социального обслуживания пожилых людей: новые возможности / И. Н. Бондаренко // Клиническая геронтология. 2003. № 12. С. 21–28.

Буслова, М. К. Новые технологии как фактор социальной динамики / М. К. Буслова. Мн., 1996.

Галкин, Р. А. Внебольничные формы организации медико-социальной помощи лицам старших возрастов в России / Р. А. Галкин [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2000. № 2. С. 38–41.

Гасников, В. К. Совершенствование управления здравоохранением региона на основе развития методологических подходов и информационных технологий: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В. К. Гасников. М., 2001.

Лифшиц, А. Управление инновационными процессами в больнице / А. Лифшиц // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. 2003. № 1(31). С. 24–25.

Малахова, И. В. Научное сопровождение реформирования здравоохранения Беларуси / И. В. Малахова // Реформы здравоохранения Беларуси в XXI веке: материалы IV съезда социал-гигиенистов и организаторов здравоохранения Республики Беларусь. Мн., 2000. С. 71–72.

Недилько, В. И. Концепция инновационной политики Республики Беларусь на 2003–2007 гг. / В. И. Недилько // Финансово-экономическое обеспечение инновационной деятельности: респ. семинар. Мн., 2003. С. 2–5.

Пархоменко, Ж. И. Исследование инновационных процессов в медицине и научное обоснование путей их совершенствования: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Ж. И. Пархоменко. Киев, 1995.

Постоялко, Л. А. Состояние и перспективы развития здравоохранения Беларуси / Л. А. Постоялко // Здравоохранение. 2004. № 9. С. 14–19.

Решетников, А. В. Процессное управление в социальной сфере / А. В. Решетников // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. 2003. № 1(31). С. 23–24.

Татарников, М. А. Социально-психологические методы управления здравоохранением в условиях его реформирования / М. А. Татарников // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. 2003. № 1(31). С. 10–23.

Технологии социальной работы: учеб. / под общ. ред. проф. Е. И. Холостовой. М., 2002.

Филатов, В. Б. О классификации организационных технологий в здравоохранении / В. Б. Филатов, Е. П. Жилиева, Ю. И. Кальфа // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2000. № 5. С. 27–30.

Часнойть, Р. А. Организационно-экономический механизм функционирования региональной системы здравоохранения в условиях трансформационной экономики Республики Беларусь: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Р. А. Часнойть. Мн., 2002.

Дополнительная

Веремейчик, Г. Развитие сообществ. Пособие для консультантов и организаторов / Г. Веремейчик, С. Гавдис, Т. Пошевалова. Мн., 2003. С. 33–45.

Менеджмент социальной работы: учеб. пособие для студентов высш. учеб. заведений / под ред. Е. И. Комарова и А. И. Войтенко. М., 2001.

Наука и инновации в Республике Беларусь в 2002 г.: стат. сб. / сост. В. Н. Томашевич. Мн., 2003.

Основы социальной работы: учеб. / отв. ред. П. Д. Павленок. М., 2002.

Проблемы и перспективы развития научно-инновационного комплекса Республики Беларусь: сб. науч. ст. / редкол.: В. И. Недилько [и др.]. Мн., 2001.

Солтман, Р. Б. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий / Р. Б. Солтман, Дж. Фигейрас; пер. с англ. М., 2000.

Социальная работа: теория и практика: учеб. пособие / отв. ред. Е. И. Холостова, А. С. Сорвина. М., 2002.

Социальная работа: учеб. пособие / под общ. ред. В. И. Курбатова. Ростов н/Д, 2003.

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	3
Примерный тематический план курса «Социальные инновации»	7
КОНСПЕКТ ЛЕКЦИЙ	
Введение в предмет	8
Основные понятия и определения	11
Состояние научного потенциала и инновационной деятельности в Республике Беларусь.....	13
Законодательное обеспечение научной, научно-технической и инновационной деятельности в Республике Беларусь.....	18
Проблемы и перспективы правовой регламентации научно-технической деятельности	22
Основные направления инновационной политики Республики Беларусь	23
Исследование инновационных процессов в здравоохранении	26
Инновационные подходы к организации и управлению медико-социальной помощью	29
Управление социальными инновационными процессами в здравоохранении	33
Инновационные подходы к оптимизации управления ресурсами в медико-социальной сфере	37
Социально-психологические методы управления здравоохранением в условиях его реформирования	41
Социально-психологические методы преодоления сопротивления нововведениям в здравоохранении	46
Здоровье населения и медико-социальные инновации в европейских странах.....	48
Инновационные технологии социального обслуживания пожилых людей.....	53
Вопросы к семинарским занятиям	58
Темы рефератов	61
Вопросы к зачету	62
Список рекомендуемой литературы	64

Учебное издание

Пантюк Ирина Викторовна

СОЦИАЛЬНЫЕ ИННОВАЦИИ

Учебно-методический комплекс
для студентов гуманитарного факультета
специальности 1-86 01 01
«Социальная работа (по направлениям)»
специализации 1-86 01 01-02 «Социальная работа
(социо-медико-психологическая деятельность)»

Редактор *Г. В. Лозовская*
Художник обложки *Е. П. Протасеня*
Технический редактор *Т. К. Раманович*
Корректор *О. Е. Ямная*
Компьютерная верстка *А. А. Микулевича*

Подписано в печать 23.05.2006. Формат 60×84/16. Бумага офсетная.
Гарнитура Таймс. Печать офсетная. Усл. печ. л. 3,95. Уч.-изд. л. 4,25.
Тираж 150 экз. Зак. 998.

Белорусский государственный университет.
Лицензия на осуществление издательской деятельности
№ 02330/0056804 от 02.03.2004.
220050, Минск, проспект Независимости, 4.

Отпечатано с оригинала-макета заказчика.
Республиканское унитарное предприятие
«Издательский центр Белорусского государственного университета».
Лицензия на осуществление полиграфической деятельности
№ 02330/0056850 от 30.04.2004.
220030, Минск, ул. Красноармейская, 6.