

Федеральное агентство по образованию
АМУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ГОУ ВПО «АмГУ»
Факультет социальных наук

УТВЕРЖДАЮ
Зав. кафедрой МСР
_____ М.Т. Луценко
« ___ » _____ 2007 г.

Учебно-методический комплекс дисциплины

«Организация охраны материнства и детства»

Для специальности 040101 «Социальная работа»

Составитель: Нахамчен Л.Г.

Благовещенск
2007

Печатается по решению
редакционно-издательского совета
факультета социальных наук
Амурского государственного
университета

Л.Г. Нахамчен

Учебно-методический комплекс по дисциплине **«Организация охраны материнства и детства»** для студентов очной, заочной и заочно-сокращенной форм обучения по специальности 040101 «Социальная работа». – Благовещенск: Амурский гос. ун-т, 2007. - ____ с.

Учебно-методические рекомендации ориентированы на оказание помощи студентам всех форм обучения по специальности 040101 «Социальная работа» для формирования специальных знаний по дисциплине.

© Амурский государственный университет

ВВЕДЕНИЕ

Предлагаемый учебно-методический комплекс курса «**Организация охраны материнства и детства**» разработана для студентов Амурского государственного университета по специальности "Социальная работа" с учетом практической работы в сфере социальной защиты, изучением отечественного и зарубежного опыта социальной работы и входит в блок общепрофессиональных дисциплин.

Требования к уровню освоения содержания курса – студент должен:

- иметь представление о принципах организации охраны материнства и детства в РФ;
- быть информированным о возможностях и реализации мероприятий по охране материнства и в регионе проживания;
- иметь представления о принципах взаимодействия органов социальной защиты и здравоохранения в области охраны материнства и детства.

В результате изучения курса «**Организация охраны материнства и детства**» студент обязан **знать**:

- федеральные нормативные документы, регламентирующие организацию охраны материнства и детства;
- региональные нормативные документы, касающиеся организации охраны материнства и детства в Амурской области;
- структуру и функции учреждений органов здравоохранения, занимающихся охраной материнства и детства;
- структуру и функции учреждений органов социальной защиты, занимающихся охраной материнства и детства;

Студент обязан **уметь**:

- работать с нормативными документами, регламентирующими организацию охраны материнства и детства;

Основное содержание дисциплины изучается в ходе лекций, семинаров, самостоятельной работы под руководством преподавателя, выполнения контрольных работ, контрольных аттестаций.

В ходе **лекций** даются основы систематизированных знаний по дисциплине, раскрываются ее наиболее важные теоретические положения.

На **семинарских занятиях** у обучаемых формируются навыки применения полученных знаний. В ходе семинаров осуществляется также формирование целостного, обобщающего видения студентами своего места и роли как будущих специалистов в разрешении социальных проблем женщин и детей различных возрастных групп, в уточнении организационной стороны предстоящей деятельности с учетом современного опыта.

Во время **самостоятельной работы** основной упор делается на изучение студентами учебной и научной литературы, периодических изданий, оформление тематических докладов, стендов и т.п.

Проверить качество освоения материала по данной дисциплине помогут предлагаемые **тестовые задания**.

Контроль успеваемости, качества обучения и теоретической подготовленности студентов осуществляется в следующих формах:

а) входящий – оценивание базового уровня знаний, умений и навыков, необходимого для изучения данной дисциплины;

б) текущий – проведение зачета по тематическим блокам, защита контрольной работы, тестирование, индивидуальное собеседование, опросы и другие формы по усмотрению преподавателя;

в) итоговый – в процессе экзамена или зачета по результатам изучения учебной дисциплины.

Курс изучается в течение одного семестра.

1. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ДИСЦИПЛИНЫ, ЕЕ МЕСТО В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ

Цель курса – формирование у студентов теоретических и практических знаний по организации работы по охране материнства и детства, защиты семьи и ее отдельных членов и развитие личностных качеств, направленных на позитивное решение задач социальной защиты.

Задачи изучения дисциплины:

- изучить правовое и законодательное обеспечение социальной защиты и охраны материнства и детства;
- ознакомить студентов с обобщенной моделью управления семьей, определить основные задачи семейной политики в РФ;
- ознакомиться с особенностями социальной работы по охране материнства и детства в РФ, Амурской области, за рубежом.

Межпредметные связи. Курс «Организация охраны материнства и детства» связан курсами «Теория социальной работы», «Технология социальной работы», «Семьеведение», «Семейное право», «Социально здоровье общества», и опирается на их содержание.

2. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Программа «Организация охраны материнства и детства» разработана для студентов Амурского государственного университета по специальности «Социальная работа» с учетом практической работы в сфере социальной защиты, изучением отечественного и зарубежного опыта социальной работы и в соответствии с государственными образовательными стандартами.

2.1. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЧАСОВ КУРСА ПО ТЕМАМ И ВИДАМ РАБОТ

Очная форма обучения

№	Разделы и темы занятий	Лекц.	Практ.	Сам. раб.
1	Вводная лекция. Демографическая ситуация в РФ	4,5	3	5,5
2	Основные направления государственной социальной политики в интересах женщин и детей	4,5	3	5,5
3	Семья в структуре общества и государства	4,5	3	5,5
4	Основные направления государственной семейной политики в РФ	4,5	3	5,5
5	Защита прав детей в РФ	4,5	3	5,5
6	Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан	4,5	3	5,5
7	Права граждан при оказании медико-социальной помощи	4,5	3	5,5
8	Планирование семьи в структуре охраны материнства и детства	4,5	3	5,5
9	Правовое регулирование отношений, связанных беременностью, родами, искусственным прерыванием беременности	4,5	3	5,5
10	Новые репродуктивные технологии как элемент планирования семьи, поддержания репродуктивного здоровья. Этические проблемы	4,5	3	5,5
11	Учреждения защиты материнства и детства	4,5	3	5,5
12	Общественные и благотворительные организации в системе социальной защиты семьи, материнства и детства	4,5	3	5,5
	<i>ИТОГО: 156 часов =</i>	<i>54</i>	<i>36</i>	<i>66</i>

2.2. ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН ЛЕКЦИОННЫХ ЗАНЯТИЙ

Тема 1. ВВОДНАЯ ЛЕКЦИЯ. ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В РФ. (2 часа).

Демография как понятие. История развития демографии. Анализ демографической ситуации в России. Особенности демографии в федеральных округах. Структура населения РФ по полу. Возрастной состав населения. Рождаемость. Смертность и средняя продолжительность жизни. Детская смертность. Детская смертность.

Вряд ли кто-нибудь задумывается, что широко употребляемое слово «население» или его синоним «населенные» сначала возникли как научные понятия. Произошло это 1,5-2 века назад. Появление понятия «населенные» (в русском языке с начала девятнадцатого века) вызвало к жизни специальную науку и родило одно слово, впервые употребленное в середине прошлого столетия и вошедшее в повседневность уже на нашей памяти – «демография».

В наши дни слово «демография» перестало вызывать недоумение. Прошли те времена, когда слово «демография» путали с другими созвучными с демографией словами.

Демография стала наукой со всеми атрибутами – своими методами, теорией, практическими задачами. Более того, она становится наукой «модной» со всеми плюсами и минусами такой популярности. К последним относится, прежде всего, упрощенное представление сути демографических процессов, мнимой легкости их анализа, иногда стремление по частным данным, на своем житейском опыте делать далеко идущие обобщения и выводы. Это понятие ныне все более вплетается и в ткань исторических исследований. На перекрестке двух областей знаний постепенно сложилась новая научная дисциплина – историческая демография (или демографическая история), предметом изучения которой является объективный процесс исторической эволюции воспроизводства населения. Лишь в последние десятилетия, когда мы стали свидетелями «демографического взрыва» в развивающихся странах и резкого снижения показателей воспроизводства населения в экономически развитых, историческая демография привлекла к себе широкое внимание.

О проблемах населения говорят и пишут ученые и журналисты, выходят серии популярных работ, курс демографии преподается в ряде вузов страны. Однако до надлежащего осознания нашим обществом всей серьезности и уже почти неизбежных негативных последствий нынешней демографической ситуации еще очень далеко.

Наша страна — одна из немногих, в которой нет ни одного учебного заведения, в котором готовили бы специалистов-демографов. Между тем, для преодоления демографической катастрофы, в которой мы уже находимся, требуются в той или иной степени усилия (или хотя бы сочувствие) всего общества.

В последнем по времени ежегодном Послании Федеральному Собранию Российской Федерации президент Российской Федерации В. В. Путин сказал, что «успех нашей политики во всех сферах жизни тесно связан с решением острейших демографических проблем, стоящих перед страной».

Демографическая ситуация, воспроизводство населения, его состояние и динамика, оцениваются:

- прежде всего, по уровням рождаемости и смертности,
- по разности между ними — уровню естественного прироста,
- а также по двум дополнительным показателям (но не менее важным, чем первые два) - уровню брачности (разводимости) и состоянию половозрастной структуры, которая оказывает активное влияние, как на состояние демографических процессов, так и на величину большинства демографических показателей (в последнем случае влияние половозрастной структуры зачастую приходится устранять с помощью специальных методов с тем, чтобы увидеть истинную роль рождаемости и смертности).

История развития демографии

На протяжении всей истории существования России власти скрывали от собственного народа демографическую правду. До «хрущевской оттепели» демографическая статистика под грифом «Совершенно секретно» и только с конца пятидесятых годов начала просчитываться в документы с пометкой «Для служебного пользования». С той поры и вплоть до восьмидесят пятого года сведения о численности населения, о количестве родившихся и умерших приводились лишь в специальных изданиях, однако данные о продолжительности жизни, младенческой смертности и числе аборт не публиковались никогда и нигде. И понятно почему: именно продолжительность жизни и уровень смертности населения, детская рождаемость и младенческая смертность, а так же число аборт в расчете на 100 женщин, как ничто иное, отражают суть – состояние государства. Да, именно демографические показатели, а вовсе не уровни выплавки чугуна или стали, не военный или научно-технический потенциал, не число врачей на душу населения.

В современной России, правопреемнице СССР, неизбежно сохраняются те же демографические тенденции, что отличали ее непосредственного исторического предшественника. Иначе быть и не могло: тот же народ, те же традиции, то же отношение властей к своему народу. За этим выводом – сухие, бесстрастные выкладки Госкомстата. Это зеркало, отражающее нас такими, какие мы есть.

Анализ демографической ситуации в России

Попробуем проанализировать нынешнюю демографическую ситуацию в России на основе статистических данных.

Изменение численности населения России за период между переписями населения 1989 и 2002 годов и последующие после переписи годы.

За межпереписной период численность населения России сократилась на 1 855 138 человек, или на 1,3% (Таблица 1).

Однако непосредственное сравнение итогов переписей 1989 и 2002 гг. представляется не совсем корректным, поскольку занижает масштабы убыли населения. Дело в том, что в указанный период динамика численности населения России впервые была нелинейной, как в прошлые времена. Рост численности населения после переписи 1989 года еще продолжался три с лишним года и лишь в ноябре 1992 года общий прирост населения стал отрицательным, началась депопуляция (вымирание).

Таблица 1. Изменение численности постоянного населения России за период между переписями 1992 и 2002 гг.

Годы	Городское и сельское население, чел.	Городское население, чел.	Сельское население, чел.	Доля (%) городского населения
1989	147 021 869	107 959 002	39 062 867	73,43
1992	148 325 632	109 208 801	39 116 831	73,63
2002	145 166 731	106 429 049	38 737 682	73,32
2006	142 700 000	-	-	-
Разность				
1992-1989	+1 303 763	+1 249 799	+53 964	-
2002-1989	-1 855 138	-1 529 953	-325 185	-
2002-1992	-3 158 901	-2 779 752	-379 149	-
2006-1989	-4 321 000	-	-	-
2006-1992	-5 625 000	-	-	-

Поэтому представляется более правильным вести отсчет изменений численности населения России не от момента переписи населения 1989 года, а от момента достижения максимума роста населения, т.е. от численности населения, достигнутой в какой-то день ноября 1992 года.

Точно рассчитать численность населения России на определенный день ноября 1992 года невозможно по опубликованным данным, да в такой точности, думается, и нет необходимости. Расчет облегчается тем обстоятельством, что за весь 1992 год численность населения России изменилась всего на 31 тысячу человек. Поэтому, думается, не будет большой ошибкой принять за максимум численности населения России не ноябрьскую ее оценку, а оценку на начало 1992 года, которая приводится в Демографических ежегодниках России.

Тогда можно видеть, что оценки изменений численности населения, произошедшие в период между началом 1992 года, а не началом 1989 года существенно меняются. Сокращение численности населения за период 1992-2002 гг. составило 3 158 901 человек, или 2,1%, что значительно больше, чем в целом за период 1989-2002 гг. (1 855 138 человек, или 1,3%). Причем представляется важным отметить большие региональные различия изменений в чис-

ленности населения России. Прежде всего, отметим эти перемены между Европейской и Азиатской частями страны (Таблица 2).

Таблица 2. Изменение численности населения регионов России за период между переписями населения 1989 и 2002 гг.

Регионы	Численность населения, тыс. чел.			Увеличение (+) или уменьшение (-) численности населения в процентах к численности на начало периода		
	1989	1992	2002	1989/ 1992	1989/2002	1992/ 2002
Россия в целом	147022	148326	145164	+0,9	-1,3	-2,1
Европейская часть России	118004	119007	118408	+0,8	+0,3	-0,5
Азиатская часть России	29018	29319	26756	+1,0	-7,8	-8,7
Центральный федеральный округ	37920	37960	38000	+0,1	+0,2	+0,1
Северо- Западный федеральный округ	15237	15259	13972	+0,1	-8,3	-8,4
Южный федеральный округ	20536	21097	22907	+2,7	+11,5	+8,6
Приволжский федеральный округ	31785	32082	31155	+0,9	-2,0	-2,9
Уральский федеральный округ	12526	12609	12374	+0,7	-1,2	-1,9
Сибирский федеральный округ	21068	21281	20063	+1,0	-4,8	-5,7
Дальневосточный федеральный округ	7950	8043	6693	+1,2	-15,8	-16,8

В то время как в целом по России численность населения за период между переписями населения 1989 и 2002 гг. уменьшилась на 1,3% , оказывается, что это уменьшение произошло только в Азиатской части России, причем на целых 7,8% (Таблица 2), в то время как население Европейской части России не уменьшилось, а, формально говоря, даже увеличилось на 0,3% (крохи, но все же с плюсом). Если же отталкиваться от начала 1992 года., то уменьшение численности населения произошло и в Европейской, и в Азиатской частях России, но в первой из названных — всего на 0,5%, а во второй —на целых 8,7%.

Представляет интерес дополнить эту оценку соответствующими данными по регионам России. Конечно, было бы целесообразно проделать такой анализ по всем административным единицам Федерации, но рамки лекции не позволяют представить подробные результаты. Поэтому ограничимся данными по федеральным округам, пять из которых расположены в Европейской части России, а два последних в таблице 2 — Сибирский и Дальневосточный — в Азиатской части. Тогда можно видеть, что депопуляция захватила ряд федеральных округов и в Европейской части России (население Северо-Западного федерального округа за период с января 1992 по октябрь 2002 гг. уменьшилось на 8,4%, Приволжского — на 2,9, Уральского — на 1,9%), но в двух азиатских округах уменьшение численности населения за тот же период было существенно большим: в Сибирском федеральном округе — на 5,7%, в Дальневосточном — на 16,8%. Малая величина убыли населения в Европейской части России обусловлена существенным возрастанием численности населения в Южном Федеральном округе (на 8,6% за период между 1992 и 2002 гг. и на 11,5% за период между переписями 1989 и 2002 гг.).

Рассмотрим изменение численности населения по регионам России в межпереписной период, т.е. в какой степени численность населения изменялась за счет естественного прироста населения и в какой — за счет прироста миграционного. Отрицательный естественный прирост населения Центрального, Южного, Приволжского и Уральского федеральных округов в немалой степени был компенсирован миграционным притоком населения, в то время как в Северо-Западном и Сибирском округах миграционный прирост был, хотя и положительным, но небольшим (соответственно 80 и 103 тыс. человек за 8 лет), а в Дальневосточном округе именно отрицательный миграционный прирост составил за рассматриваемый период времени основную часть убыли численности населения.

Может вызвать удивление большой отрицательный естественный прирост населения в Южном федеральном округе, где проживает большое число кавказских народов со своей якобы высокой рождаемостью.

Но, во-первых, этот взгляд, вернее, предрассудок, давно устарел. Рождаемость аборигенных этносов Северного Кавказа сегодня уже вовсе не такая, какой она была, скажем, всего 20 лет назад, и лишь немного превышает уровень рождаемости местных русских. А во-вторых, отрицательный естественный прирост населения по Южному федеральному округу объясняется низким воспроизводством именно русского населения, которое составляет большинство населения этого региона.

Так, в 2001 г. коэффициент естественного (отрицательного) прироста населения составил в Краснодарском крае $-5,8$, в Ставропольском крае $-4,7$, Астраханской области $-4,1$, Волгоградской $-7,3$, Ростовской $-7,5$. Общая численность этих краев и областей составила в середине того же года 15602 тыс. человек, или 72,6% общей численности населения округа.

В то же время в ряде республик этого округа (не во всех) со значительной долей нерусского населения естественный прирост населения оставался поло-

жительным: в частности, в Дагестане +10,7, в Ингушетии +14,9, Кабардино-Балкарии +0,2, в Калмыкии +0,6.

В сумме численность населения этих республик (вместе с русскими жителями) составила на середину 2001 года 4244 тыс. человек, или всего 19,7% населения округа (включая и население Чеченской Республики, по которой нет данных о естественном движении населения, но можно предполагать, что естественный прирост населения там все еще положительный).

В итоге можно сказать следующее, что в целом за рассматриваемый период миграционный прирост населения в Сибирском округе положительный, миграционная ситуация там не была однозначной на протяжении всего этого времени. Начиная с 1999 года, миграционный прирост в Сибири сменил знак с положительного на отрицательный (в 1999 г. –17 тыс. человек, в 2000 г. –7 тыс. и в 2001 г. –36 тыс. человек). В Дальневосточном округе миграционный прирост был отрицательным на всем протяжении указанного периода.

Таким образом, данные переписи населения 2002 года и текущей статистики показывают, что за межпереписной период численность населения в стране смещалась с востока на запад и юг, вопреки многовековой устремленности российской политики к заселению восточных и северных регионов.

За прошедшее после Всероссийской переписи населения 2002 года время численность населения России продолжала сокращаться и на 01.01.2006 г. она составила, по оценкам текущей государственной статистики, 142,7 млн. человек.

Структура населения по полу. В XX-ом веке соотношение полов в нашей стране сильно деформировалось. Это было следствием разрушительных катаклизмов, которые пришлось пережить народу, больших потерь мужского населения. Сразу же после окончания 2-й мировой войны, в 1946 г., число женщин превышало число мужчин на 33,9%. Такой половой деформации не испытал, вероятно, ни один народ в истории.

Затем, на протяжении более чем полувека, половая структура населения России непрерывно улучшалась и это, пожалуй, было, единственным демографическим улучшением в стране. Оно продолжалось до 1995 г., когда число женщин в расчете на 1000 мужчин составило 1129. Затем это соотношение вновь начало ухудшаться и в начале 2002 года, по данным текущей статистики, составило 1139. Через 9,5 месяцев, в октябре 2002 года перепись населения показала дальнейшее ухудшение половой структуры, 1147 женщин на 1000 мужчин, т.е. численность женщин превысила численность мужчин на 14,7% (Таблица 4).

Таблица 4. Соотношение мужчин и женщин в России и отдельных её регионах по итогам переписей населения 1989 и 2002 гг.
(число женщин в расчете на 1000 мужчин среди постоянного населения)

Регионы	Годы переписей населения	Городское и сельское население	Городское население	Сельское население
Российская Федерация	1989	1140	1145	1125
	2002	1147	1165	1099
Европейская часть России	1989	1134
	2002	1155	1171	1110
Азиатская часть России	1989	1064
	2002	1114	1139	1052

Возрастная структура населения. Возрастная структура населения активно взаимодействует с демографическими процессами. Чем выше уровень рождаемости, тем в среднем моложе население и наоборот, чем больше в населении удельный вес молодежи, тем выше, при прочих равных условиях, уровень рождаемости. За межпереписной период изменилась и возрастная структура населения России. Она продолжала ухудшаться, т.е. стареть (Таблица 5).

И, пожалуй, самым важным, принципиальным, изменением возрастной структуры можно определить тот факт, что впервые за всю историю нашей страны удельный вес населения пожилых возрастов превысил удельный вес детей. По данным переписи населения 1989 года, доля населения в возрасте моложе 15 лет составляла 24,5%, населения старше трудоспособного возраста — 18,5%, по данным переписи 2002 года, соответственно, 18,2 и 20,5%, т.е. почти с точностью да наоборот.

Таблица 5. Изменение возрастного состава населения регионов России по итогам переписей населения 1989 и 2002 гг.

Регионы	годы переписей	числ. населения всего, тыс. чел.	в т.ч. в возрасте:			то же в % от общ. числ.		
			моложе тр/сп	тр/сп	старше тр/сп	моложе тр/сп	тр/сп	старше тр/сп
Российская Федерация	1989	146937	35995	83746	27196	24,5	57,0	18,5
	2002	145167	26327	88942	29778	18,2	61,3	20,5
в том числе:								
Европейская часть	1989	117919	27997	66814	23110	23,7	56,7	19,6
	2002	118411	21089	72102	25112	17,8	61,0	21,2
Азиатская часть	1989	29015	7998	16932	4086	27,6	58,3	14,1
	2002	26756	5238	16840	4666	19,6	63,0	17,4

В то же время численность населения в трудоспособном возрасте увеличилась с 83,7 до 88,9 млн. человек, или с 57,0 до 61,3% в общей численности насе-

ления. И этот факт, фактор, можно было бы, наверное, использовать для народного хозяйства. Но, по всем признакам, он использован уже не будет вследствие всеобщей демографической малограмотности и слепоты нашего общества, в том числе, и, может, быть даже в большей степени — нашего государственного аппарата.

Рождаемость

Для измерения уровня рождаемости в демографии используется система показателей. Наиболее простой из них (но и грубый) — общий коэффициент рождаемости — т.е. число родившихся живыми за календарный год в расчете на 1000 среднегодовой численности жителей.

Наиболее точный (и лучший из числа публикуемых) — суммарный коэффициент рождаемости (СКР) — число живорождений в расчете на 1 женщину в среднем за всю жизнь.

Грубость общего коэффициента рождаемости состоит в его сильной зависимости от структуры населения: половой, возрастной, брачной, этнической, образовательной и другой. Суммарный же, коэффициент рождаемости имеет то преимущество, что его величина (уровень) и динамика свободны от влияния, по крайней мере, от влияния половой и возрастной структур, чье искажающее влияние на показатели рождаемости особенно значительно.

Кроме того, важным достоинством СКР является и то, что по его величине можно оценивать не только качество уровня рождаемости, но и качество воспроизводства населения в целом (правда, только для стран с низким уровнем смертности). Для этого достаточно знать «пороговое» значение СКР, соответствующее границе простого воспроизводства населения, или, иначе говоря, его нулевого роста. Этому порогу, при самой низкой в мире смертности (достигнутой в Японии и Швеции) соответствует величина СКР = 2,1 ребенка в среднем на одну женщину за всю жизнь.

Сейчас мы наблюдаем тенденцию к снижению количества детей в семье. По данным Госкомстата большинство россиян в наши дни считают наиболее приемлемым иметь одного ребенка.

Если раньше абсолютно нормальным явлением было 3-4 ребенка в семье, то сейчас многодетные семьи стали встречаться гораздо реже. Но, как и прежде, для семей сельских жителей характерно большее количество детей, чем для городских семей. До сих пор в сельской местности рождаемость детей в значительной степени больше, по сравнению с рождаемостью в крупных городах, несмотря на то, что социально-экономическая обстановка привела к неуправляемости процесса урбанизации во многих странах, в том числе и в России.

Как ни покажется странным, в России, в которой уровень смертности далек от благополучия, пороговая величина СКР почти не отличается от «японской» и составляет в последние годы 2,12. Это обстоятельство указывает на незначительное влияние нынешнего уровня смертности на уровень воспроизводства населения. Рассмотрим динамику показателей брачности и рождаемости в России за последние несколько лет (Таблица 6).

Таблица 6. Динамика численности, брачности и рождаемости населения России в 1990— 2005 гг.

Годы	Численность населения на начало года, тыс.чел.	Число браков, тыс.	Число разводов, тыс.	Число родившихся, тыс.	Общие коэффициенты			СКР
					брачности	разводимости	рождаемости	
1990	147662,0	1319928	559918	1988858	8,9	3,8	13,4	1,887
1995	147938,5	1075219	665904	1363806	7,3	4,5	9,3	1,344
1996	147608,8	866651	562373	1304638	5,9	3,8	8,9	1,281
1997	147137,2	928411	555160	1259943	6,3	3,8	8,6	1,230
1998	146739,4	848691	501654	1283292	5,8	3,4	8,8	1,242
1999	146327,6	911162	532533	1214689	6,3	3,7	8,3	1,171
2000	145559,2	897327	627703	1266800	6,2	4,3	8,7	1,214
2001	144819,1	1001589	763493	1311604	6,9	5,3	9,1	1,249
2002	143954,4	1019,8	853,6	1397,0	7,1	6,0	9,8	1,322
2003	144963,7	1091,8	798,8	1477,3	7,6	5,5	10,2	1,319
2004	144168,2	979,5	635,9	1508,0	6,8	4,4	10,5	...
1-ый квартал	143941,1	176,2	160,1	372,0	4,9	4,5	10,4	...
1-ое полугодие	143754,7	392,3	318,2	748,4	5,5	4,4	10,5	...
2005	143474,2	-	-	-	-	-	-	-
1-ый квартал	143250,0	203,0	142,7	360,0	5,7	4,0	10,2	-

Общий коэффициент рождаемости достиг беспрецедентного минимума 8,3 в 1999 г., а затем начал повышаться, достигнув в 2003 г. величины 10,2.

Госкомстат РФ, следуя, очевидно, старой советской традиции, уже в январе 2003 года поспешил объявить это ничтожное повышение, причем всего за 3 года «устойчивой тенденцией». Напрасно поспешил.

Для такой спешки не было никаких научных оснований. И потом, разница между 8,3 и 10,2 — можно сказать, никакая. Подобное «повышение» ни в малейшей степени не подвигает нас к решению демографической проблемы в стране. Специалисты-демографы вполне отчетливо сегодня осознают (даже и те, которые придерживаются апологетических и мальтузианских позиций в отношении к массовой малодетности российских семей), что без активной де-

мографической пронаталистской политики рождаемость в России не повысится никогда.

Интересным представляется рассмотреть структуру повышения общего коэффициента рождаемости в период 1999–2003 гг. Здесь серьезный недостаток общего коэффициента рождаемости, зависимость его величины от особенностей половозрастной структуры, превращается в его достоинство, потому что позволяет с помощью простого индексного метода разграничить роль поведенческих и структурных факторов в структуре коэффициента. Факторы рождаемости за последние, по меньшей мере, полсотни лет достаточно хорошо изучены демографами и социологами в нашей стране и за рубежом. Доказано и показано, что материальные условия жизни играют важную роль, но далеко не главную.

На рождаемость влияет еще такой фактор как аборт.

Статистика абортот всегда была под запретом. Число абортот на тысячу женщин детородного возраста составляет в России 83.

АБОРТЫ – одна из главных причин низкой рождаемости и отрицательного естественного прироста населения. Такое огромное количество абортот в нашей стране связано, прежде всего, с экономической ситуацией в сегодняшней России. Вот уже на протяжении нескольких лет наша страна находится в условиях социально-экономического кризиса, что и является причиной такого демографического явления, как абортот. В большинстве своем абортот делают женщины в возрасте от 16 до 25 лет, т.к. этот социальный слой находится в наиболее неблагоприятном материальном положении. Ведь молодая одинокая женщина просто не в состоянии в должной степени обеспечить себя и своего ребенка.

Также на процент абортот влияет моральное и нравственное здоровье людей. Ведь, согласитесь, за последние несколько лет моральные рамки сильно расширились, а многие нравственные принципы в глазах сегодняшней молодежи выглядят непоправимо устаревшими и совершенно неприемлемыми.

И, несмотря на все старания российского правительства, количество абортот продолжает расти, и чтобы остановить этот процесс и привести статистику абортот в мировые рамки, понадобится не один год и не одно десятилетие, при условии, что это вообще удастся осуществить.

Сейчас от многих политиков и других деятелей высказываются различные предложения на тему о том, как повысить уровень рождаемости в стране. Почти все они ограничиваются исключительно различными льготами и пособиями семьям в награду за рождение детей. При этом совершенно игнорируется тот очевидный факт, что малодетность присуща богатым странам и богатым слоям населения. Иначе говоря, по мере роста уровня жизни населения рождаемость снижается, а не растет.

Смертность и средняя продолжительность жизни

Для измерения уровня смертности, также как и рождаемости, используется система показателей, в которой самый простой показатель — общий коэффициент смертности — число умерших в календарном году в расчете на 1000 чело-

век среднегодового населения, а самый наилучший (точный) показатель — средняя ожидаемая продолжительность предстоящей жизни при рождении.

Большой недостаток общего коэффициента смертности, как и других общих коэффициентов, — в его зависимости от возрастной структуры населения, в силу чего этот показатель чаще дезинформирует, чем информирует пользователя. Профессионалы стараются этим показателем не пользоваться, во всяком случае, без дополнительной его обработки. Напротив, достоинством показателя средней ожидаемой продолжительности жизни является как раз независимость его от возрастной структуры населения.

До середины 1960-х гг. средняя продолжительность жизни населения и России, и СССР в целом неуклонно росла, и казалось, что так будет продолжаться и впредь, тем более, что ее величина еще была далека от уровня, который мог считаться максимальным. Однако, достигнув во второй половине 1960-х гг. величины 64,32 г. для мужчин и 73,55 г. для женщин, она стала неумолимо сокращаться, как в России, так и в других союзных республиках, а также и в ряде восточноевропейских стран. В западных же странах, и многих менее развитых, продолжительность жизни населения продолжала и продолжает расти.

В 2003 году средняя продолжительность жизни россиян составила у мужчин 58,82 года, у женщин — 71,99, при этом у городского населения соответственно 59,20 и 72,28, у сельского — 57,78 и 71,22 (Таблица 7). В большинстве стран Западной Европы средняя продолжительность жизни мужского населения превышает 70 лет, женского — 80 лет. По данным ежегодного Доклада ООН «О развитии человека» за 2004 год наша страна по уровню средней продолжительности жизни мужчин занимает 119 место (из 175), а по уровню продолжительности жизни женщин — 85 место (данные относятся к 2002 году).

Если учесть, что по критерию «индекса социального развития» в настоящее время в мире насчитывается 55 высокоразвитых стран, то это означает, что Россию опережают по уровню средней продолжительности жизни мужчин, кроме высокоразвитых стран, еще 64 страны из числа «развивающихся». По средней продолжительности жизни женщин таких стран тоже немало — 30.

По сравнению с проблемой повышения рождаемости, проблема повышения средней продолжительности жизни относительно более проста, поскольку подавляющее большинство людей с нормальной психикой хочет иметь хорошее здоровье и жить как можно дольше.

В то же время, не отрицая самостоятельной социальной важности повышения уровня средней продолжительности жизни всего населения, преодоления отставания нашей страны (позорного отставания!) от всего развитого мира, представляет интерес определить действительную роль смертности (средней продолжительности жизни в воспроизводстве населения).

Таблица 7. Динамика средней ожидаемой продолжительности жизни (число лет) для новорожденных в России

Годы	Все население			Городское население			Сельское население		
	Оба пола	муж	жен	Оба пола	муж	жен	Оба пола	муж	жен
1986-1987	70,13	64,91	74,55	70,32	65,38	74,44	69,09	63,21	74,40
1999	65,93	59,93	72,38	66,39	60,41	72,65	64,62	58,63	71,55
2000	65,27	59,00	72,20	65,65	59,38	72,40	64,18	57,99	71,55
2001	65,29	58,96	72,34	65,66	59,34	72,50	64,20	57,90	71,79
2002	64,82	58,47	72,04	65,30	58,99	72,26	63,41	57,07	71,31
2003	65,07	58,82	71,99	65,50	59,20	72,28	63,88	57,78	71,22
2004	65,3	58,9	72,4						

Очень многие специалисты, даже иногда и весьма квалифицированные, в своих предложениях уповают в основном лишь на снижение уровня смертности, полагая таким путем исправить демографическую ситуацию. Как правило, их рассуждения опираются лишь на эмоции, а не на расчеты.

В настоящее время в России женщины рожают всех своих детей (все чаще — единственного ребенка) в основном в возрасте от 20 до 35 лет. В 2001 г. на этот возрастной интервал пришлось 80,5% всех живорождений. В то же время вероятность смерти в том же возрасте, вполне естественно, небольшая. Из общего числа женщин, умерших в 2001 г. (1 050 665 чел.), в возрасте от 20 до 35 лет их было 21 809 человек, или 2,1%. Можно без большого преувеличения сказать, что в указанном возрастном периоде почти никто из женщин не умирает, чему мы можем только радоваться.

Напротив, 96,3% женских смертей приходится на возрасты 50 лет и старше, когда детей уже не рожают (за исключением единичных случаев). Вот и вся разгадка ничтожного влияния смертности на современное воспроизводство населения.

В итоге можно сказать, что роль сегодняшней, не очень благополучной, смертности в нашей стране в изменениях воспроизводства населения весьма невелика. Смертность фактически потеряла демографическое значение, которым она обладала в течение тысячелетий. Этим мы вовсе не хотим принизить значение борьбы со смертью. Нет, конечно, социальное, экономическое, политическое и прочее значение этой борьбы бесспорно. Но демографическое значение оказывается ничтожным. За счет снижения уровня смертности, до сколь угодно низкого уровня (если только не до всеобщего бессмертия) исправить демографическую ситуацию абсолютно невозможно. И даже сколько-нибудь ее улучшить. Это обстоятельство необходимо совершенно четко осознавать.

Сегодня главным фактором, от которого всецело зависит демографическая судьба нашей страны, является — рождаемость, семья.

Это очень трудная проблема. Для ее решения придется многое поменять в нашем образе жизни, в нашей культуре. Если это невозможно сделать, тогда

Россия обречена. Исторический опыт многих «модернизаций», как теперь модно стало говорить, некоторые из которых были успешными, должен внушать надежды на успех. Если только не рассчитывать на легкий успех.

Детская смертность

Пугает статистика младенческой смертности в России. Этот показатель равен сегодня 18,6; т.е. 18-19 смертей возраста до одного года на 1000, родившихся живыми. Сравним: в США умирают 5 новорожденных из 1000, в Канаде и Японии – 7, в наиболее развитых странах Западной Европы – от 6 до 8. В современной России младенческая смертность почти в 3 раза выше, чем в цивилизованном мире.

Самоубийства

На численность населения России, хотя и в незначительной степени, влияет процент самоубийств.

Можно сказать, что с 1992 года по 1995г. количество самоубийств заметно возросло с 46 125 до 61 000 соответственно. Затем в период с 1995г по 1996г их количество несколько снизилось. Резкое увеличение числа самоубийств в период с 1992г. по 1995г. объясняется кризисным развитием экономики страны и падением производства, а так же резким ухудшением социально-экономического состояния России. Заметим, что Россия находится в первой десятке стран с наивысшим процентом самоубийств.

Также ужасающий процент криминальных преступлений, в частности убийств, по количеству которых мы уже приближаемся к США, которые являются явными лидерами в этой области. Убийства влияют не столько на демографическое состояние России, сколько на социальное.

Демографическая ситуация на территории Амурской области

Во все времена здоровье человека является естественной и абсолютной ценностью, величайшим жизненным благом, основой и условием всего остального.

С середины 1960–х годов XX века было положено начало фундаментальным изменениям в структуре заболеваемости и смертности. На первый план постепенно выходят дегенеративные процессы (новообразования, заболевания сердечно-сосудистой системы) и связанные с ними хронические заболевания.

В 90-х годах начался новый период – период резких сдвигов в состоянии здоровья населения, который в целом характеризуется обратным развитием эпидемиологического перехода, т.е. ростом смертности от предотвратимых при современном уровне здравоохранения причин.

Современное состояние здоровья населения в России определяется колоссальным отставанием от европейского сообщества развитых стран, которое приняло катастрофический характер.

На протяжении уже 15 лет наиболее острыми проблемами здоровья населения России являются крайне низкий уровень рождаемости и высокий уровень смертности, отрицательный естественный прирост, низкий уровень показателей средней продолжительности предстоящей жизни.

Необходимо отметить, что проблема медико-демографической ситуации в ДФО выходит за пределы здравоохранения как отрасли экономики, поднима-

ясь на геополитический уровень и принимая значение предмета национальной безопасности во всех ее составляющих – политической, экономической и государственной.

Во всех Дальневосточных субъектах федерации наблюдается неуклонное снижение численности и изменение возрастной структуры населения, более существенное, чем в других регионах страны. За последние 13 лет численность постоянного населения нашей области уменьшилась на 22,3 % (по численности населения мы находимся на уровне 70 –х годов XX века).

Адекватно отражает состояние здоровья населения показатель ожидаемой продолжительности жизни при рождении. За последние 15 лет этот показатель для российских мужчин сократился на 8,2 года. Продолжительность жизни женщин уменьшилась 4,4 года. Разница между величиной ожидаемой продолжительности здоровой жизни в Японии и соответствующим показателем в России составляет почти 20 лет.

Таким образом, современную демографическую ситуацию как в России в целом, так и на территории Амурской области, в частности, следует оценивать как кризисную и одновременно самую неблагоприятную за послевоенное время.

Одним из важнейших показателей, характеризующих состояние здоровья, а также уровень организации и качество лечебно-профилактической деятельности являются показатели заболеваемости населения. По сравнению с 1990 годом уровень общей заболеваемости населения Амурской области вырос в 1,5 раза, составив в 2005 году 1346,1 % , в том числе, взрослых – 1212,1, детей – 1845,2 на 1000 человек соответствующего возраста. При этом, наиболее быстрыми темпами растет заболеваемость детей и подростков. На территории области рост общей и первичной заболеваемости наблюдается практически по всем видам патологии и среди всех групп населения. Темпы роста уровней первичной заболеваемости за период 1990-2005 годы составили по новообразованиям – 1,8 раз, болезням органов пищеварения – 2,2 раза, болезням костно-мышечной системы – 2,0 раза, болезням органов кровообращения, так же и осложнениям беременности и родов – 2,4 раза, инфекционным и паразитарным болезням – 2,5 раза, болезням мочеполовой системы – 2,7 раза, болезням крови и кроветворных органов и болезням эндокринной системы соответственно в 8,3 и 9,0 раз.

Уровень общей заболеваемости взрослого населения ниже аналогичного по Российской Федерации в среднем на 22,9 %, но темп ее прироста выше федерального.

Беспрецедентной является динамика социально-опасных и социально-значимых заболеваний (туберкулез, группа заболеваний, передаваемых половым путем, ВИЧ-инфекция, алкоголизм наркомания).

В структуре заболеваемости всех групп населения произошли изменения в сторону увеличения числа заболеваний с хроническим и рецидивирующим течением. Современная патология характеризуется комплексностью и сочетанностью (доля взрослых с сочетанной хронической патологией составляет 40-45 %).

Анализ возрастно-половых показателей заболеваемости свидетельствует о тенденциях «омоложения» целого ряда заболеваний (новообразования, гипертоническая болезнь, сахарный диабет).

В основе динамики заболеваемости находятся процессы психической дезадаптации (рост патологии сердечно-сосудистой системы, высокий уровень смертности от травм и отравлений, цереброваскулярных болезней) и снижение естественного иммунитета (рост заболеваний органов дыхания, мочеполовой системы).

Наиболее существенным проявлением неблагополучия в состоянии общественного здоровья и одной из серьезных проблем в современном демографическом развитии, как в России, так и в Амурской области является высокий уровень смертности населения.

Уровни российской смертности от основных причин в несколько раз превышают соответствующие европейские показатели, а ее рост, поразивший прежде всего трудоспособные контингенты населения, не имеет аналогов ни в отечественной, ни в мировой истории. Показатель общей смертности населения на территории Амурской области возрос с 8,5 % в 1990 году до 16,9 % в 2005 (в 2 раза). В структуре смертности населения Амурской области в настоящее время первое место занимают болезни системы кровообращения – 48,7 %, второе – несчастные случаи, травмы и отравления – 21,4 %, третье – новообразования – 10,4 %. Таким образом, 3 класса причин смерти определяют 80,5 % всех случаев смертности населения.

Уникальность российской модели структуры причин смерти заключается в крайне высокой доле смертности от неестественных и насильственных причин. Внешние причины ответственны за каждую седьмую смерть (в начале XX в. – за каждую семидесятую). Но главный фактор, выделяющий несчастные случаи и травмы в структуре смертности, состоит не столько в весе данной причины в общем числе смертей, сколько в особенностях возрастного состава распределения смертности. Группу риска в классе неестественных причин смерти составляют люди трудоспособного возраста (трое из каждых четырех, погибших от неестественных причин, – в трудоспособном возрасте). У мужчин они являются причиной смерти каждого второго умершего в этом возрасте, у женщин – каждой третьей. Проблема преждевременной смертности, особенно среди мужчин, усугубляется тем обстоятельством, что показатели смертности в трудоспособном возрасте в 5-7 раз превышают аналогичные коэффициенты в других экономически развитых странах.

90-е годы XX века и начало XXI отмечены существенным ростом смертности насильственной природы, затронувшим все возрастные группы населения, начиная с детского, хотя и в разной степени. На насильственную смерть (убийства и самоубийства) на территории области приходится 38,0 % всех умерших неестественной смертью в трудоспособном возрасте. В этой связи можно предположить, что у части населения произошла утрата моральных стимулов к жизни. Рост числа самоубийств с 32,2 в 1990 году до 67,7 на 100 тыс. жителей в настоящее время – лишь один из симптомов такой утраты, ибо нежелание жить может проявляться в более или менее осознанном отказе от заботы

о своем здоровье. Среди неестественных причин смерти особую тревогу вызывает нарастающий рост смертности от отравлений алкоголем. Алкоголизация населения, поступление на потребительский рынок суррогатов и некачественных спиртных напитков стали причиной роста числа умерших от отравлений алкоголем с 12,6 на 100 тыс. населения в 1990 году до 60,0 – в 2004 (увеличение в 5 раз).

Особое внимание к внешним причинам смерти в современный исторический период России определяется их огромной значимостью в общей структуре смертности и динамике ожидаемой продолжительности жизни. При сохранении в дальнейшем уровня по возрастной смертности из нынешнего поколения родившихся мальчиков до 60 лет доживет только 50 %, а девочек – 80 %.

На территории Амурской области уровень смертности населения за период с 1990 года вырос по всем классам причин, в том числе, от болезней органов дыхания – в 1,4 раза, болезней системы кровообращения – в 1,7 раза, травм и отравлений – в 2 раза, болезней органов пищеварения – в 1,9 раза, инфекционных болезней – в 3,3 раза.

Подводя итоги анализа смертности населения России в целом и Амурской области, в частности, можно сделать вывод о том, что 90-е годы XX и начало XXI века не были однородными относительно эволюции смертности, уровни которой в основном определяют 3 класса - болезни системы кровообращения, травмы и отравления, злокачественные новообразования.

Кроме того, в этот период произошло крайне тревожное событие – нарушилась эта стабильная триада – своеобразная медико-демографическая карточка современного цивилизованного мира: с 1993 года в отсутствие объявленных войн и глобальных катастроф в России на 2-е место вышли травмы и отравления – беспрецедентный факт в конце XX века.

Современные тенденции смертности – это прямое отражение значительного ухудшения здоровья населения, которое обусловлено снижением качества жизни широких слоев населения в период адаптации к условиям рыночной экономики. Рост смертности населения, обусловленный социально-экономическим кризисом, является результатом причин, в значительной степени выходящей по своей этиологии за пределы ответственности системы здравоохранения.

В целом состояние здоровья населения характеризуется следующими параметрами:

- ростом насильственных и ненасильственных причин смерти, в основном трудоспособного населения;
- значительным уровнем социально-опасных и социально-значимых заболеваний (инфекционные болезни, туберкулез, алкоголизм и наркомания, психические расстройства, венерические заболевания);
- ростом хронических заболеваний.

Эти и другие данные анализа позволяют сделать вывод о том, что в современных условиях наблюдается системный кризис в состоянии общественного здоровья на всех территориях России, которое характеризуется негативными тенденциями:

- высокими уровнями заболеваемости, инвалидности и смертности населения;
- снижением показателей репродуктивного здоровья;
- процессами депопуляции.

Данные тенденции в состоянии здоровья населения могут привести к негативным последствиям в экономике и социальной сфере: значительному сокращению трудового потенциала, росту экономической нагрузки на работоспособное население, увеличению расходов на здравоохранение и социальную защиту.

В последнем Государственном докладе о состоянии здоровья населения России обращается внимание на стабильно высокую заболеваемость хроническими болезнями органов дыхания.

В целом сложившаяся оценка современного состояния здоровья населения свидетельствуют о продолжающемся серьезном неблагополучии в формировании здоровья.

В этой связи, приоритетным направлением государственной политики в области охраны здоровья граждан должно стать оздоровление населения, снижение уровня его смертности, особенно в трудоспособном возрасте, повышение средней продолжительности предстоящей жизни.

Подводя итог выше сказанному, можно предложить несколько путей улучшения демографической ситуации в России.

Снизить количество аборт.

Больше уделять внимания санитарно-просветительской работе, ведь каждому новому поколению эти азы надо объяснять заново. Пока не будет здоровых семей (морально и физически), нет смысла повышать рождаемость. Инвалидами и так переполнены детские дома, интернаты. Самое тревожное - все больше регистрируются умственные нарушения. А это говорит о многом, и в первую очередь о деградации населения. Мы должны пропагандировать сознательное родительство, когда беременность плановая, а роды желанные. Нужно совершенствовать перинатальную, т. е. внутриутробную диагностику, и тогда мы реально остановим инвалидизацию общества. Во всем мире основной акцент делается именно на профилактику и раннюю диагностику, а потом на реабилитацию родившихся. У нас же в Приамурье пока нет областного перинатального центра, а на местах трудности даже с УЗИ: то аппарат не работает, то специалиста нет.

Демографическую ситуацию не улучшат разного рода пособия и субсидии. Нужно дать людям работу, возродить традиции многопоколенной семьи, то есть с бабушками и дедушками. Тут меньше риска, что дети станут асоциальными типами.

Повысить минимальный размер оплаты труда. Нельзя унижать человека мизерной подачкой и субсидиями вместо нормальной зарплаты, а роженицу - крохотным пособием на ребенка. Она должна получать прожиточный минимум и на дитя, и на себя. Тогда даже матери-одиночки смогут продержаться пару лет до выхода на работу.

Общество должно бороться с маргинальной средой. У нас и так в приютах содержится более семи тысяч детей при живых родителях. Сирот там совсем мало. Другая проблема, что общество не всегда ведет последовательную политику. Принимали в свое время Семейный кодекс РФ - не работает документ, потому что «забыли» разработать соответствующие нормативные акты, а финансовая основа важна в любом деле, в новом тем более. Нужна последовательность, а не разовые акции. Структур, занимающихся проблемами детства, молодежи, в стране много, а беспризорников меньше не становится. Растет и подростковая преступность, тысячи юношей и девушек не могут найти достойного места в жизни.

Тема 2. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ В ИНТЕРЕСАХ ЖЕНЩИН И ДЕТЕЙ (2 часа)

Основные понятия. Причины необходимости совершенствования политических мер охраны материнства и детства в РФ. Объект, предмет, цель и специфические задачи политики в области охраны материнства и детства в РФ. Положение детей в условиях социально-экономических перемен в РФ

В обращении к Федеральному собранию 10 мая 2006 года Президент РФ В.В.Путин назвал демографический кризис в России ключевой проблемой, угрожающей социально-экономическому развитию и национальной безопасности страны. Он отметил, что для преодоления этого кризиса необходимо решение трех задач:

- снижение смертности;
- эффективная миграционная политика;
- повышение рождаемости.

Решение этих задач (особенно первой и третьей) напрямую связано с необходимостью принятия кардинальных мер по охране материнства и детства в нашей стране. Ведь в условиях социально – экономических трудностей, переживаемых Россией, положение женщин и детей в обществе наиболее уязвимо. Снижение инфляции в последние годы, активизация мер, направленных на рост оплаты труда, способствовали стабилизации уровня жизни населения. Несмотря на определенную стабилизацию доходов, некоторые слои населения остаются социально незащищенными. В наиболее сложном положении оказались многодетные семьи, неполные семьи, дети – сироты, дети – инвалиды, а также дети, находящиеся в особо трудных условиях. Учитывая значимость проблем материнства и детства для общества, его настоящего и будущего, нестабильную экономическую обстановку и, как следствие, нестабильное, а зачастую и ухудшение положения детей, назрела необходимость совершенствования государственной социальной политики по улучшению положения женщин и детей в РФ.

Защита прав детей на полноценное развитие - задача, объединяющая устремления и усилия всего общества, независимо от идеологических, религиозных и иных установок различных социальных групп. Возможность достижения гармонии, экологического равновесия и общего благосостояния напрямую

зависит от ценностей, которые будут привиты детям, оттого, в каких условиях они будут жить и воспитываться.

Государственная социальная политика в интересах женщин и детей связана с демографической, семейной и молодежной политикой, но и вполне самостоятельна, так как имеет свой объект, предмет, цель и специфические задачи (объект - положение детей в современной России; предмет - комплексные меры государственной социальной политики по улучшению положения детей в РФ).

Прежде, чем приступить непосредственно к рассмотрению материала, необходимо определиться с понятиями, о которых пойдет речь в дальнейшем. Начнем с того, что дадим определение каждому понятию в отдельности (по определению толкового словаря Ожигова), а затем сформулируем понятие «Государственная социальная политика по защите материнства и детства в России», поскольку ни в одном доступном нам словаре такого определения нет.

Государство – политическая организация общества с определенной формой правления и устройства.

Политика – сфера деятельности, связанная с отношениями между классами, нациями и другими социальными группами. Стремление достичь, удержать и использовать государственную власть; участие в делах государства, определение форм, задач, содержания его деятельности. Оказывает большое влияние на экономику и другие сферы деятельности.

Социум – общество, объединение групп людей по какому-либо общему признаку. В данном случае по признаку территориального, государственного единства. Общество людей, проживающих в одном государстве.

Социальная политика – совокупность политических установок, принципов, решений и действий, направленных на обеспечение оптимального для данного общества функционирования и развития социальной общности, а также отдельных индивидов. В меру имеющихся экономических возможностей социальная политика служит удовлетворению материальных и культурных потребностей народа, решению вопросов связанных с условиями труда, заработной платы, образования, охраны материнства, пенсионного обеспечения и т.д. Главной задачей социальной политики является достижение благосостояния человека и общества, обеспечение равных и справедливых возможностей для развития личности.

Социально-правовая защита детства – система государственных мероприятий, направленных на профилактику и преодоление кризисных ситуаций в жизни ребенка; охрану детства.

Из всего вышесказанного можем сделать вывод:

Государственная социальная политика по защите материнства и детства в РФ – совокупность установок в сфере деятельности, связанной с отношениями между классами и другими относительно устойчивыми группами людей, связанными общими интересами; принципов, решений и действий, направленных на обеспечение оптимального для женщин и детей функционирования и развития; совокупность мероприятий, направленных на профилактику и преодоление кризисных ситуаций в жизни женщин и детей; охрану детства на уровне поли-

тической организации общества с республиканской формой правления и федеративным устройством (т.е. на уровне государства Россия).

Наше определение получилось очень длинным, однако, в нем не нарушено ни одного закона логики. Самое главное, замкнутого круга: определение не выводится через определение. Теперь, имея определения основных используемых нами понятий и, следовательно, точно зная суть поставленной задачи, мы можем приступить к ее разрешению.

Кроме этого, для усвоения дальнейшего материала нам необходимо вспомнить следующие понятия:

- ребенок - лицо до достижения им возраста 18 лет (совершеннолетия);
- дети-сироты – лица в возрасте до 18 лет, у которых умерли оба или единственный родитель;
- дети, оставшиеся без попечения родителей - лица в возрасте до 18 лет, которые остались без попечения единственного или обоих родителей в связи с отсутствием родителей или лишением их родительских прав, ограничением их в родительских правах, признанием родителей безвестно отсутствующими, недееспособными (ограниченно дееспособными), находящимися в лечебных учреждениях, объявлением их умершими, отбыванием ими наказания в учреждениях уголовно-исполнительной системы, нахождением в местах содержания под стражей как подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений; уклонением родителей от воспитания детей или от защиты их прав и интересов, отказом родителей взять своих детей из воспитательных, лечебных учреждений, учреждений социальной защиты населения и других аналогичных учреждений и в иных случаях признания ребенка оставшимся без попечения родителей в установленном федеральным законодательством порядке;
- лица из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей
- лица в возрасте от 18 до 23 лет, у которых, когда они находились в возрасте до 18 лет, умерли оба или единственный родитель, либо которые остались без попечения единственного или обоих родителей;
- семья – объединение двух или более лиц, основанное на родстве и (или) свойстве (браке, усыновлении (удочерении) и иных формах принятия детей на воспитание), связанное общностью жизни и ведением совместного хозяйства, и (или) воспитанием детей, а также личными и имущественными правами и обязанностями, предусмотренными законодательством;
- молодая семья – семья, возраст супругов в которой не превышает 30 лет, а также неполная семья с детьми, в которой мать или отец не достигли 30-летнего возраста;
- малоимущая семья – семья, имеющая среднедушевой доход ниже величины прожиточного минимума, установленного законодательством области;
- нуждаемость семьи - потребность семьи в получении социальной помощи в связи с трудной жизненной ситуацией;
- охрана семьи - обеспечение установленных государством необходимых условий для выполнения семьей экономической, репродуктивной и воспитательной функций;

- социальная защита - деятельность государственных органов области по обеспечению необходимых условий для реализации гражданами прав и свобод, установленных Конституцией Российской Федерации;

- социальная помощь (поддержка) – предоставление гражданам в случаях, установленных настоящим законом, за счет средств областного бюджета социальных услуг, пособий, субсидий, компенсаций, жизненно необходимых товаров, иных выплат и видов натуральной помощи;

- социальные службы - организации независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, а также индивидуальные предприниматели, выполняющие функции по социальному обслуживанию;

- социальная адаптация ребенка - процесс активного приспособления ребенка, находящегося в трудной жизненной ситуации, к принятым в обществе правилам и нормам поведения, а также процесс преодоления последствий психологической или моральной травмы;

- социальное сиротство - положение детей в обществе, обусловленное отказом или уклонением родителей от содержания и воспитания своих детей, оставлением их без попечения;

- трудная жизненная ситуация - ситуация, объективно нарушающая жизнедеятельность ребенка, одиноко проживающего гражданина или семьи, которую они не могут преодолеть самостоятельно.

Положение детей в условиях социально-экономических перемен в РФ

Нестабильная экономическая обстановка рубеже 20 и 21 веков и в первые годы века текущего и, как следствие, снижение жизненного уровня многих семей, наличие значительных слоев населения, находящихся на грани или за чертой бедности, ослабление инфраструктуры здравоохранения, образования и культуры заметно ухудшили, прежде всего, положение детей и возможности семьи и государства по их жизнеобеспечению, развитию и социализации.

В России более четверти населения - несовершеннолетние граждане. В последние годы социально-экономические показатели положения детей по ряду параметров оказались неблагоприятными, хотя и наблюдается некоторая стабилизация. Ежегодно в связи с неблагоприятной демографической ситуацией детское население уменьшается на миллион человек.

Особую озабоченность вызывает высокая младенческая и детская смертность. В 1993 году на 1000 родившихся были зарегистрированы 19,9 детей, не доживших до 1 года, в 2001 году этот показатель составил 23,2 детей, в 2002-18,9. Ухудшилось качество здоровья беременных женщин и новорожденных детей. В 90-е годы прошлого века общая заболеваемость новорожденных детей возросла в 2,3 раза, такая тенденция сохраняется и в настоящее время. Увеличивается число хронически больных детей. Специальные исследования показывают, что 15-20 процентов детей дошкольного возраста имеют хронические заболевания, до 40 процентов детей к окончанию школы ограничены в выборе профессии по состоянию здоровья.

Снижение уровня жизни, вызванное отставанием темпов роста доходов от темпов роста цен, существенно изменило семейные бюджеты в сторону увеличения доли расходов.

Значительно ухудшилось качество питания детей. Резко сократилось потребление ценных в биологическом отношении продуктов — фруктов, мясных, рыбных, молочных изделий. Продолжается рост цен на детскую одежду, обувь, услуги детских дошкольных учреждений, возрастает оплата культурных и образовательных потребностей детей. Для предшествующего десятилетия было характерным сокращение учреждений дошкольного, дополнительного образования и оздоровительного отдыха детей.

Необходимо отметить ряд тенденций, которые негативно сказываются на духовно-нравственном развитии и воспитании детей. Резко сократилось производство детских и юношеских художественных и мультипликационных фильмов. Прекратила свое существование сеть детских кинотеатров. Сократились тиражи детских изданий.

Особая проблема, требующая пристального общественного внимания, связана с ростом безнадзорности среди детей и подростков и высоким уровнем правонарушений несовершеннолетними. Растет число тяжких преступлений, совершенных подростками (убийства, грабежи, разбойные нападения), возрастает доля преступлений, совершаемых девочками.

В последние годы в России наблюдается увеличение числа детей, оставшихся без попечения родителей. Свыше 135 тыс. детей усыновлены, около 201,4 тыс. детей находятся под опекой и попечительством граждан, более 100 тыс. детей воспитываются в учреждениях интернатного типа.

Большую остроту приобрела проблема детской инвалидности. Среди основных причин инвалидности детей следует отметить неблагоприятные условия труда женщин, наследственные заболевания, рост травматизма, все большее значение приобретает ухудшение экологической обстановки.

В трудном положении находятся дети, проживающие на Севере, особенно дети малочисленных народов. Среди них крайне высока младенческая смертность, ухудшение экологической обстановки, затрудненный доступ к образованию, культуре, медицинской помощи негативно влияют на развитие детей Севера.

Наблюдается рост проявления жестокого обращения с детьми. Некорректные приемы воспитания, психическое и физическое насилие встречаются и в семьях, и в учебно-воспитательных учреждениях.

Продолжает ухудшаться качество здоровья беременных женщин. За последние 3 года заболеваемость анемией выросла на 5%, болезнями почек - на 15%. Остается высокой доля женщин, страдающих поздним токсикозом, болезнями системы кровообращения. Это свидетельствует не только о росте числа заболеваний, осложнивших роды, но и о недостаточной эффективности профилактических и лечебных мер, проводимых женскими консультациями в отношении этих видов патологии. Резко сократилось число нормальных родов, удельный вес которых в 1999 года составил по России 31,1%, а в ряде субъектов Российской Федерации этот показатель не достигает 25%.

Несмотря на специфику женского здоровья, действующая методология расходов на медицину не учитывает ни нормативные, ни фактические расходы по полу-возрастному принципу, хотя соответствующие показатели в первичной

регистрации форм медицинской помощи (госпитализация, поликлиническая и скорая помощь) имеется.

Перемены, происходящие в экономической, политической, культурной жизни России в течение последних лет, оказывают значительное влияние на семью как естественную основу жизнеобеспечения детей, вынуждая ее к быстрым изменениям жизненной стратегии. Сложилось острое противоречие между необходимостью обеспечить нормальную жизнедеятельность и развитие каждого ребенка и экономическими возможностями большинства семей. Низкие доходы семей с детьми являются непосредственной причиной недостаточного (по качеству, а в малообеспеченных семьях — и по количеству) питания, некачественного лечения, снижения потребления услуг сферы образования и т.п.

Важной проблемой семьи является полноценная реализация воспитательной функции. У родителей остается все меньше времени для воспитания детей в связи с необходимостью дополнительной работы для обеспечения потребностей семьи. В сложной социально-психологической ситуации оказываются дети в семьях, находящихся на грани развода, в тех семьях, где родители ведут асоциальный образ жизни, и т. д. В результате нарушаются психологические связи между ребенком и родителями, что приводит к уходу детей из семьи, суицидальным проявлениям, росту безнадзорности детей. Особого внимания требуют проблемы дошкольного воспитания детей. Сочетание семейного и общественного воспитания наиболее соответствует целям всестороннего развития ребенка. В настоящее время все больше ограничивается возможность использования детских дошкольных учреждений, что связано с возросшей платой за содержание в них детей. Задача сохранения и развития системы детских дошкольных учреждений остается чрезвычайно актуальной. Однако сама эта система должна претерпеть существенные изменения и ориентироваться на расширение видов предоставляемых услуг, форм организации ухода и присмотра за детьми и повышение их качества.

Объединение усилий государственных органов, работодателей, общественных объединений, семей и граждан России является необходимым условием успешной деятельности по улучшению положения женщин и детей. Такая деятельность должна включать:

- меры по стабилизации ситуации на рынке труда, сокращение уровня безработицы;
- усиление гарантий занятости на рынке труда для работников из семей, нуждающихся в социальной защите;
- поддержку индивидуальной трудовой деятельности, семейного предпринимательства;
- обеспечение государственных гарантий общеобразовательной и профессиональной подготовки несовершеннолетней молодежи, в т.ч. с последующим трудоустройством детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;

- обеспечение условий для установления фактического равенства прав и возможностей женщин и мужчин на рынке труда;
- учет при реализации налоговой политики в отношении физических лиц, оплаты труда, при государственном регулировании цен и тарифов для населения необходимости содержания нетрудоспособных детей;
- дальнейшее развитие системы пособий, охватывающих поддержкой беременных женщин, семей с несовершеннолетними детьми;
- повышение гарантий материального обеспечения ребенка путем усиления государственного контроля за своевременной выплатой «материнского капитала» (с 1 января 2007 г – 250 тыс. руб), алиментов;
- расширение льгот и дополнительных целевых выплат семьям в субъектах РФ в зависимости от семейного состава населения, социально-экономического и демографического развития регионов;
- - обеспечение работникам, в первую очередь матерям, благоприятных условий для сочетания трудовой деятельности с воспитанием детей;
- развитие сети дошкольных образовательных учреждений, всех форм оздоровления детей;
- кардинальное улучшение здоровья женщин и детей (доступная бесплатная медицинская помощь беременным, роженицам и детям до 18 лет, профилактика врожденной инвалидности, улучшение медико-социальной помощи детям-инвалидам);
- развитие системы охраны репродуктивного здоровья.

Тема 3. СЕМЬЯ В СТРУКТУРЕ ОБЩЕСТВА И ГОСУДАРСТВА (2 часа).

Краткая история становления семьи. Тенденции развития семьи в современном обществе. Семья – основной фундаментальный институт общества. Основные функции семьи. Общественная роль семьи.

Ретроспективный взгляд на развитие семьи.

Супружеству и семье посвящено множество научных исследований. Ещё античные мыслители уделяли внимание этой проблеме. Платон считал, женщины должны обучаться тем же искусствам, что и мужчины, так же, как и они, овладевать важными навыками. У него мы находим вполне конкретные рекомендации, как обеспечить здоровое потомство. По его мнению самых здоровых детей рожают женщины в возрасте от 20 до 40 лет от мужчин не старше 55 лет. Платон требовал, чтоб каждый мужчина вступил в брак до 35 лет, уклоняющийся от этого должны подвергаться штрафу. Хорошо, когда супруги различны по темпераменту, это обеспечивает уравновешенное потомство. Недопустимо, подчеркивал Платон, зачатие в состоянии опьянения, это чревато тяжёлыми последствиями для будущих детей.

Примерно до середины двадцатого века в мышлении людей господствовали религиозно-догматические воззрения на брак и семью. Семья рассматривалась как нечто неизменное.

Началом исторического подхода к семье можно считать работу швейцарского историка И.Бахофена(1815-1887) "Материнское право" (1861). В ней он высказал предположение, что для ранних ступеней развития общества была характерна полная неупорядоченность половых отношений. В дальнейшем развитии общества господствующая роль принадлежала женщине. Позднее утвердилось господство мужчин. Следы того первобытного периода, когда господствовала групповая семья и неизвестно было, кто является отцом ребёнка, Бахофен видел в религиозной проституции, в праве первой ночи.

Большой резонанс, особенно в Англии, получили труды шотландского учёного Дж.Ф.Мак-Леннана (1827-1881). Он называет три формы брака: многоженство, многомужество и моногамию. По его мнению, дикари убивали новорождённых девочек, из-за чего в каждом племени был избыток мужчин, а женщины имели несколько мужей, т.е. возникло многомужество.

Иные взгляды на развитии семьи высказывал американский исследователь Л.Морган. Он исследовал развитие семьи более чем 200 общественных групп. В истории человечества Морган выделил три эпохи: дикость, варварство и цивилизацию. Согласно Моргану, семья прошла следующие этапы: кровнородственная, пунуальная, полигамия и моногамия.

Пунуальную семью (групповой брак, охватывающих братьев с их женами или группу сестёр с их мужами) Морган наблюдал в индейских племенах Северной Америки. Морган пришел к выводу, что эндогамия и экзогамия не противоположны друг другу. Он полагал, что, хотя род был экзогамным, племя, включающее в себя роды, было эндогамным. Существование экзогамных племён доказать не удалось.

Подлинно научные воззрения на семью обосновал Ф.Энгельс. В своём труде «Происхождение семьи, частной собственности и государства» он анализирует семью в её историческом развитии. Первоначально это была кровнородственная семья, когда брачные группы были разделены по поколениям, так что половая связь между родителями и детьми была исключена. На смену ей пришла пунуальная семья, в которой исключалась половая связь между братьями и сёстрами, а ещё позднее возникла парная семья, в которой от женщины, живущей с мужем, требуется строжайшая супружеская верность.

По мнению Энгельса, развитие семьи в первобытную эпоху состоит в непрерывном сужении круга лиц, из которых состоит брачный союз. В отличие от прежних форм семьи, когда у мужчин не было недостатка в женщинах, теперь женщины стали редки, и их приходилось искать. Последней формой семьи, возникшей на пороге цивилизации, явилась моногамия. Господином в ней стал мужчина-отец, заинтересованный в том, чтобы удержать собственность в руках кровных наследников. Состав семьи значительно ограничивается, верность обязана соблюдать лишь женщина.

Совсем иных взглядов на историю древних людей и их семейно-брачную жизнь придерживался финский социолог Э.Вестермак (1862-1939). Он считал, что ни в первобытном обществе, ни тем более в позднейшие времена брачным отношениям не был свойствен промискуитет. Он отстаивал мнение, что человеку по самой его природе всегда было свойственно стремление к моногамии.

Что же касается некоторых обычаев, в которых усматриваются пережитки группового брака, то причина их, полагал Вестермарк, в другом. Так право первой ночи не уходит своими корнями в промискуитет, а возникло на почве предвзвешенности, согласно которому гименальная кровь оскверняет жениха, но этому осквернению не подвержены король, священник. В некоторых обществах господствовало убеждение, что священник, осуществляя право первой ночи, тем самым освящал супружество.

Вестермарк отвергал гипотезу Моргана о пуналуальной стадии развития семьи и без всяких на то оснований утверждал, что эта форма нигде обнаружена не была.

Наука располагает обширной и достоверной информацией, дающей представление о характере еврейской, греческой и римской семьи в древности. Еврейская семья была моногамной. Главной фигурой в семье был отец. Семья была многочисленной. Вступая в брак, жених был обязан заплатить определённую денежную сумму родителям невесты. Безбрачие религия рассматривала как святотатство.

В Древней Греции мужчина имел одну жену. Если жена не приносила с собой приданого, такая связь считалась простым сожителем. Отец был господином своей законной жены, детей, сожительниц и рабов. Жены первоначально пользовались равными правами с мужьями, но затем положение изменилось. В Афинах и Спарте половые связи между родственниками были запрещены.

В более позднюю эпоху сильное влияние на институт семьи во многих странах мира оказало христианство. Оно освящало моногамию, осуждало многоженство и многомужество. Превыше всего христианство ставило девственность, второе место отводилось воздержанию при вдовстве. Браки христиан с иноверцами считались греховными.

Церковь определяла так же правила сексуальных отношений. Девушка должна была хранить девственность даже в первую брачную ночь. Позднее было установлено, чтобы молодожены воздерживались от сексуальных сношений три дня и три ночи после свадьбы.

Новую концепцию супружества как гражданского договора выдвинул Мартин Лютер. Новые взгляды на брак позднее сделали возможной практику разводов.

В период образования в США существовала относительная свобода в выборе партнёра по жизни. Но в отдельных областях США были запрещены смешанные браки черных и белых, между белыми и индейцами. Создание семьи всячески поощрялось. Девушка в возрасте 25 лет и старше считалась слишком старой, поэтому в брак вступали очень рано, иногда в 13 лет. Американские семьи того времени отличались многодетностью. Это объяснялось потребностью в рабочей силе.

В дореволюционной России женщины подвергались откровенной дискриминации и развод церковь провозгласила тяжким грехом. Брачно-семейные отношения несли на себе печать имущественных. Так, в литовской деревне после смерти мужа вдова выходила замуж за одного из младших братьев, чтоб не де-

лить имущество. В восточных и южных национальных окраинах России семейная жизнь строилась в соответствии с патриархальными традициями, сохранялось многоженство. Нередко родители заключали сделку ещё в младенчестве невесты и жениха или до их рождения. Наряду с этим практиковалось похищение невест. Похитив жену или купив её, муж становился полноправным её владельцем.

У многих народов Сибири, Севера и Дальнего Востока сохранялись пережитки родового строя и полигамии. Семьи жили в самых примитивных бытовых условиях, практиковалось сожитительство с девочками, не достигшими половой зрелости.

Тенденции развития семьи в современном обществе.

Закономерные и случайные сдвиги в развитии общества (урбанизация и т.д.) подрывают устои традиционной семьи, характеризуют направленность семейной жизни. Современная семья отличается от традиционной социально-демографическими характеристиками, социокультурными проблемами, психологическими особенностями. Новые количественные и качественные параметры семьи, обуславливают и специфику выполняемой семьёй функций, особенно репродуктивной и воспитательной.

Экономические реформы, свобода индивидуальной деятельности меняют общество. Появляются богатые, бедные, нищие, безработные. И если для старого общества характерны были такие типы семьи, как семья рабочего, семья колхозника, семья интеллигента, так в современном обществе можно выделить много новых типов: семья миллионера, бизнесмена, уличных торговцев, безработного, в которых с традиционными семейными проблемами (воспитание детей, главенство в семье) появляются новые проблемы социокультурного, психологического плана.

Дети в семье коммерсантов имеют достаточную материальную обеспеченность, много карманных денег, но зачастую остаётся без присмотра взрослых, лишены духовно-нравственного общения с родителями в силу отсутствия у них времени. В семье безработного свои проблемы: резкое падение авторитета отца в глазах детей, т.к. он не может содержать семью и уже не кажется сильным человеком. У ребёнка разрушается чувство безопасности. В семье воцаряются неуверенность, страх за будущее. Большой интерес представляют собой семьи фермеров, где дети раньше, чем в другой семье, вовлекаются в трудовую деятельность. Каждый новый тип семьи порождает свои специфические проблемы.

В своём развитии семья стремительно идёт от многодетности к малодетности. После 1987 года рождаемость стала резко падать, смертность населения стала увеличиваться. Появилось много бездетных семей. В настоящее время в России преобладает однодетная семья. Малодетная семья, особенно однодетная, уникальна. В ней возникают многие трудности и, в первую очередь, связанные с воспитанием единственного ребёнка. Однодетность негативно влияет на характер ребёнка, на детско-родительские отношения.

С начала 70-х годов прошлого века наблюдается отчетливая тенденция увеличение числа детей рождённых вне зарегистрированного брака. В 1970 г.

каждый 10-й новорождённый появлялся вне брака. У женщин до 20 лет каждое 5 рождение – вне брака. В стране увеличилось число внебрачных связей, семей одиноких матерей, где отсутствует один из важнейших факторов воспитания – отец. Высокая доля внебрачных рождений характерна для Сибири, Чечено-Ингушетии.

Новая структура семьи обуславливается чётко проявляющимся процессом её нуклеаризации. От 50 до 70% молодых супругов хотят жить отдельно от родителей. С одной стороны это благотворно сказывается на молодой семье, т.к. в ней быстро идёт адаптация к новым ролям, условиям жизни, меньшая зависимость от родителей, способствует формированию ответственности. Но с другой стороны такая семья лишается систематической помощи родителей, особенно в период рождения ребёнка, когда она особенно необходима.

Нуклеаризация характерна для развития семьи во всём мире. Например, английские, американские семьи неолокальны, т.е. взрослые дети почти всегда отделены от родителей. В семье наблюдается процесс эгалитаризации семьи и демократизации внутрисемейных отношений между супругами, родителями и детьми.

Появились и другие (альтернативные) семьи. Это семья, где мужчина, имея жену и детей и поддерживая их, в то же время имеет ещё и любовницу и так же её содержит. Обе семьи знают о существовании друг друга. Такая форма семьи получила название семья - конкубинат. Нередки, стали семьи, где муж и жена живут в отдельных квартирах. Это так называемый годвин-брак.

Хотя в современной семье отношения между мужем и женой строятся по принципу взаимозаменяемости, где отсутствует жесткое закрепление обязанностей, в ней намечается тенденция традиционализации семейных ролей в патриархальном их значении: закрепление за женщиной роли только хранительницы домашнего очага, матери, а отца – ролью кормильца, добытчика. Это связано с двумя моментами: во-первых, появившиеся в обществе богатые мужчины могут содержать безбедно свою семью, а жена становится лишь хозяйкой дома, во-вторых, сокращение производства прежде всего сказалось на женщинах, оставив их без работы. Закрывающиеся повсеместно детские дошкольные учреждения заменяются полностью материнским уходом, сфера обслуживания, разваливаясь, компенсируется всё расширяющимися домашними обязанностями у женщин, привязывая их к семье и отнимая всё свободное время.

Повышение общего уровня благосостояния общества, налаживание всех отраслей индустрии потребления, совершенствование детских дошкольных учреждений и т.д. позволит не уйти в сторону деэмансипации женщины, вынужденной традиционализации семьи. При этом семья должна иметь все условия для свободного выбора формы своей жизнедеятельности.

Анализируя жизнедеятельность семьи в современной ситуации, необходимо отметить некоторую формализацию семейных отношений, когда семейная жизнь строится на выполнении обязанностей без особых душевных затрат, когда акцентируются в семье материальные проблемы, когда в общении семьи нет теплоты, заботы, внимания. Формализация отношений сопровождается эмо-

циональным отторжением родителей от детей, которое проявляется как нравственно-психологическое противостояние отцов и детей.

В настоящее время в обществе можно зафиксировать разные формы семей. Широкое распространение получили семьи, в которых брак юридически не оформлен. Молодые люди живут вместе, ведут одно хозяйство, но брак не регистрируют. В лучшем случае брачные отношения юридически оформляются, когда появляются дети.

Вообще, несмотря на разного рода трудности, семья в жизни человека является одной из главных ценностей. Так, согласно опросу Всероссийского центра изучения общественного мнения, 65% опрошенных отметили, что основную роль в их жизни играет семья, 26% назвали эту роль семьи достаточно значимой. Далее следует деньги, работа. Но с другой стороны, растёт и число одиноких людей.

Семья – основной фундаментальный институт общества.

В данное время семья как общественное явление до конца не изучена и полностью изучена быть не может, так как взаимоотношения в семье, проблемы, функции семьи изменяются с изменением социальной обстановки в стране, с изменением главных целей, стоящих перед обществом. Но главный вывод, с которым согласны социологи любого периода времени это то, что семья является основным фундаментальным институтом общества, придающим ему стабильность и способность восполнять население в каждом следующем поколении. Роль семьи не исчерпывается только воспроизводством населения, семья способствует развитию общества и его прогрессу.

Создание благополучной семейной обстановки для каждого человека общества способствует снижению негативных явлений в обществе, таких как наркомания, преступность, так как личностные качества человека формируются семьёй.

Но в данный период времени у молодых людей наблюдаются огромные трудности в создании и сохранении семьи. Так сложная социальная и экономическая обстановка в стране тормозит рост семей и количество рождаемых детей. Особенно эта проблема актуальна в нашей стране, где спад рождаемости настолько велик, что не может обеспечить воспроизводство населения. Поэтому одним из путей выхода из сложившейся ситуации является оказание материальной помощи многодетным семьям, малоимущим и молодым семьям, повышение уровня жизни населения, финансирование государством детских дошкольных учреждений и общеобразовательных, так как материально-бытовые проблемы семьи оказывают на неё дестабилизирующее действие.

Большое значение в сохранении семьи имеет культурный уровень её членов. Проблемы распада семьи, негативной семейной обстановки, а в результате и отсутствие положительного воспитания детей, связаны с недостаточными вниманием и поддержкой со стороны государства в течение длительного времени, низким уровнем культуры у современной молодёжи и порой непониманием молодыми, что создание семьи - это задача не из лёгких и требует от человека больших эмоциональных затрат.

Нужно признать, что в последнее время значительно возросло внимание к проблемам брака и семьи. Необходимо понимать, что происходит в семье и почему так часты разводы, отчего семья всё чаще ограничивается одним ребенком, в силу каких причин множество мужчин и женщин, испытывающих потребность в любви и заботе, стремящихся отдать своё тепло близкому человеку, остаются одинокими.

Вступление в брак, рождение и воспитание детей, создание крепкой семьи - дело отнюдь не такое простое. Успешно решать эту задачу большой общественной значимости может лишь тот, кто вступает в брак с сознанием своей огромной ответственности.

Брак может существовать и в том случае, если супруги далеко не всегда проявляют друг о друге заботу, если их сексуальная жизнь далека от гармонии, если муж злоупотребляет алкоголем или не всегда может объяснить, где он "пропадал". Но исследования, проведенные на больших группах людей, показывают, что грубость и нетерпимость, злоупотребление алкоголем или супружеские измены являются высоким фактором риска брака. Информация о том, какие факторы в большей, а какие - в меньшей степени влияют на успешность супружества, могут побудить людей серьёзно задуматься о том, как им сохранить семью и сделать свою супружескую жизнь счастливой.

Усиленное общественное внимание к семье связано с современным демографическим развитием. Даже беглый взгляд на статистические данные, касающиеся рождаемости в России, позволяют заметить, что это процесс весьма нестабильный и в значительной степени зависящий от конкретных мероприятий, осуществляемых в рамках государственной демографической политики. На демографическое поведение супругов оказывают многообразные факторы. В их числе общественные и семейные традиции, желание иметь более высокий жизненный уровень, качество помощи, оказываемой семье обществом, уровень подготовки к обязанностям супругов и родителей.

Говоря о демографическом развитии общества, мы не имеем в виду лишь простой рост населения. Важно, чтоб он сопровождался положительными качественными сдвигами, чтоб возрастал общий культурный уровень населения, что в свою очередь благоприятствует высокому уровню воспитания детей.

В ряду причин усиленного внимания к проблемам семьи, находится стремление общества искоренить такие негативные социальные явления, как преступность наркомания, самоубийства, так как на развитие тех или иных качеств личности играет семья.

Естественно есть немало и других причин, побуждающих общество всё глубже заниматься вопросами семьи. Нередко упускают из виду связь между характером супружеских отношений и стабильностью кадров на производстве.

С семейной атмосферой тесно связано психическое и физическое здоровье человека. По некоторым данным, в основе 42% всех случаев, когда люди вынуждены были обращаться за медицинской помощью в связи со своими психологическими проблемами, лежат супружеские конфликты.

Всё выше сказанное подводит к однозначному выводу: исходный пункт профилактики негативных социальных явлений - семья.

Основные функции семьи.

Универсальность семьи как института раскрывается в понятии «функции семьи». Под социальными функциями подразумеваются базисные потребности общества и людей, которые удовлетворяет семья. На каждом историческом этапе та или иная функция семьи обретала различную значимость – большую или меньшую. В то же время все функции постоянно находились во взаимосвязи, часто помогая одна другой, а иногда, впрочем, и мешая друг другу. Очень трудно разграничить одну семейную функцию от другой. Например, выполнение материальных функций оказывается в определённых условиях необходимым для осуществления семьёй духовных функций (обучение, воспитание детей, но реализация духовных функций является непременным условием осуществления материально-производственных функций).

Материальная деятельность семьи на разных этапах её развития выражалась через такие функции, как организация непосредственного процесса производства, накопления частной собственности, организация потребления. Вместе с тем экономическая, материально-производственная, хозяйственно-бытовая функция на разных стадиях развития общества в значительной мере выступала также средством социального, профессионального, нравственного, политического и правового воспитания подрастающего поколения. Производственный труд в то время не выходил ещё за рамки семьи, происходил на глазах детей. Поэтому уже сама трудовая деятельность родителей резко повышала родительский авторитет в глазах детей.

Следующая функция, присущая ей с древнейших времен, - репродуктивная функция, то есть функция деторождения, воспроизводства населения. Прежде всего, естественно, биологического его производства. Собственно, даже внебрачное рождение женщиной ребёнка уже создаёт семью, пусть и не полную.

Однако воспроизводство населения имеет не только биологический, но и социальный момент, то есть не только рождение, но и воспитание и обучение его. Данная функция является функцией социализации. Новое поколение, приходящее на смену старого, способно научиться социальным ролям только в процессе социализации. Семья – ячейка первичной социализации. Родители передают детям свой жизненный опыт, прививают хорошие манеры, обучают ремеслам. Именно в тёплой благоприятной атмосфере семьи ребёнок естественным образом получают первую социализацию своей личности, обретает основы собственной личности. Конечно же, ныне редко какая семья может дать своему ребёнку ту подготовку, какую может дать ему общество, социальные институты. И потому уже с шести-семи лет наш ребёнок уходит в школу, потом в техникум или в высшее учебное заведение. Но, как правило, тот нравственно-психологический потенциал, который заложен ребёнку семьёй, остаётся на долгие годы и играет заметную роль в дальнейшем профессиональном росте.

Следующая функция – регулирование сексуальных отношений. Брак и семья упорядочивают сексуальные отношения благодаря тому, что законодательство или обычаи предписывают, кто с кем и при каких условиях должны вступать в половые отношения.

К функциям семьи относят воспитательную. Она тесно связана с репродуктивной, когда речь идёт о социальном воспроизводстве населения. Семья прививает ребёнку основы определённых идейно-политических взглядов, мировоззренческих установок, в семье он познаёт и осваивает нравственные нормы, здесь у него вырабатываются первичные навыки и образцы поведения. Да и фундамент физического здоровья и развития закладываются в семье. Это происходит прежде всего благодаря воспитательной деятельности семьи, т.е. целенаправленному воздействию на ребёнка с целью привития ему определённых заранее заданных качеств с учётом требований общества. Воспитание осуществляется в процессе повседневного общения ребёнка с членами семьи. Да и в период учёбы ребёнка в школе, затем в высшем или среднем учебном заведении, во время работы на производстве воспитательная функция семьи не отмирает, воспитательное воздействие семьи на юное поколение не прекращается.

Семья обеспечивает своим членам опеку, защиту, социальную безопасность. Дети нуждаются не только в крыше над головой, пище и одежде, им необходима эмоциональная поддержка отца и матери в тот период жизни, когда никто другой подобной защиты и поддержки им не предлагает. Семья поддерживает тех, кто по инвалидности, старости или юным годам не может позаботиться о себе. Таким образом, ещё одна функция семьи - это забота и защита.

Следующая функция семьи - рекреативная (восстановительная). Известно, что сформировавшаяся личность реализует себя, прежде всего в общественно полезной деятельности. Повседневным, основным рекреационным институтом является всё-таки семья. Здесь мы получаем и физическую, и материальную, и моральную, и психологическую помощь друг от друга, сбрасываем с себя то напряжение, которым зарядились в обществе, в своём личностном, должностном, профессиональном функционировании. Именно от семьи, прежде всего, зависит наше социальное здоровье.

Коммуникативная функция семьи заключается в удовлетворении потребности человека в двух противоположных явлениях – общении и уединении. Извне навязанное, вынужденное общение (на улице, на работе) чаще всего не столько удовлетворяет наши потребности в общении, сколько перегружает их. В обыденной жизни индивид очень часто испытывает дискомфорт от необходимости общения с несимпатичными ему людьми. Иное дело домашняя обстановка, где мы общаемся с людьми социально и психологически близкими, и где более деликатно относятся к нашей личности. Здесь удовлетворяется потребность в желательном общении. Само собой понятно, что такую функцию может выполнять только здоровая семья.

Некоторые социологи выделяют так же регулятивную функцию семьи. Она включает в себя систему регуляции отношений каждого члена семьи друг с другом, с другими людьми, со всем обществом. Уже чувство принадлежности семье в значительной мере корректирует поведение взрослых людей на работе. Семейный человек более осмотрителен в своих действиях, таким его делает чувство ответственности за семью.

Также семье характерна функция социального самоопределения. Узаконивание рождения человека означает его юридическое и социальное определе-

ние. Благодаря семье человек получает фамилию, имя и отчество. Он принадлежит тому же классу, расе, этносу и религиозной группе, к которым принадлежит родительская семья.

Кроме перечисленных важнейшими функциями семьи считаются организация быта, личного потребления, психологическая поддержка и материально-бытовая пожилых, инвалидов, нетрудоспособных членов семьи.

Общественная роль семьи.

Термины брак и семья как в обыденной речи, так и в научных публикациях находятся рядом, что действительно правомерно, поскольку реальности, обозначаемые этими терминами, тесно взаимосвязаны. Однако брак и семья - не одно и то же, это не тождественные, а скорее пересекающиеся понятия, ведь семья может существовать без брака, а брак без семьи.

Брак - это общественное установление, учреждение или, как говорят социологи, особый общественный институт. Это исторически обусловленное, регулируемое обществом форма отношений между полами, между мужчиной и женщиной, устанавливающие их права и обязанности по отношению друг к другу и к детям. Иными словами, брак - это традиционное средство формирования семьи и общественного контроля за ней, одно из орудий способов сохранения и развития общества.

Брачная форма регулирования отношений между представителями разных полов появилось не сразу. В глубочайшей древности отношения между людьми, в том числе между полами, регулировалось только биологическими импульсами. В это время в половое общение могли вступать друг с другом все члены общества: братья с сёстрами, родители со своими детьми. Такая форма отношений между полами, беспорядочная связь между ними называется промискуитетом.

Каждая женщина данного стада могла принадлежать каждому мужчине этого же стада. Такое явление называется эндогамией, т.е. браком внутри данной общности. Впоследствии такие связи стали угрожать существованию данного рода. Было введено половое табу, полный запрет на сексуальные связи между людьми внутри данного рода. Постепенно это породило новые, экзогамные связи между людьми: лишённые возможности вступить в связь с женщиной своего рода, мужчины стали вступать в случайные связи с женщинами другого рода. От этой связи рождались более жизнестойкие дети. Поэтому постепенно эндогамные связи были совершенно запрещены. Таким образом, первой формой брака был групповой дуально-родовой брак. При нём все мужчины одного рода имели право на супружеские отношения с любой женщиной другого рода.

Групповой брак существовал до конца каменного века. Впоследствии преимущественные связи именно с наиболее предпочитаемыми партнёрами получили всё большее распространение, таким образом общество постепенно перешло к новой форме брака - парному браку. В нём объединялась уже одна супружеская семья. Правда, любой из напарников мог при этом составлять такие пары одновременно, а тем более последовательно. Поскольку отцовство в таких условиях было трудно установить, родство считалось по материнской ли-

нии. Дети, рождённые данной женщиной, принадлежали тому роду, которому принадлежала сама эта женщина.

В самом конце каменного века, с возникновением земледелия, с ростом производительности труда постепенно создаются условия, когда супружеская пара оказывалась способной самостоятельно содержать и кормить своих детей. И постепенно эта пара отпочковывалась от рода. Муж и жена объединили свои усилия не только в деторождении, но и в производстве вещей. Отношение между полами стабилизировалось, стало более надёжным установление отцовства, и ответственность за семью всё более переходило к мужчине. Матриархатные отношения перешли в патриархатные, когда родство уже считалось по отцовской линии. И на смену парной семье пришла новая, высшая форма семьи - моногамная семья. Жена перешла на жительство к своему мужу и вместе с детьми попала под его власть.

Надо сказать, что патриархатная семья существовала и существует в форме не только моногамного брака, но и полигамного брака, когда муж имеет право владеть несколькими женами. Ныне полигамия существует в некоторых мусульманских странах. Но история знает и иную форму неравенства в браке: полиандрия, многомужество. И до сих пор полиандрия встречается в некоторых племенах Индии, Тибета. В Индии чаще всего жена старшего брата становилась общей женой всех братьев – и получалась так называемая фратеральная семья, или братская.

Семьей в социологии называют социальные объединения, члены которого связаны общностью быта, взаимной моральной ответственностью и взаимопомощью. По существу семья представляет собой систему отношений между мужем и женой, родителями и детьми, основанную на браке или кровном родстве и имеющих исторически определённую организацию.

Иными словами, семья – это новый объект, с новыми свойствами, где старые свойства семьи могут таинственным образом исчезнуть. Семья - это прежде всего отношения между её лицами. Мы зачастую не понимаем, что создать семью – это означает не только найти человека и поставить соответствующий штампик в паспорт. Создать семью – это значит построить отношения любви, взаимопонимания и поддержки.

Вопрос о том, что первично – брак или семья, пока ещё дискутируется. Некоторые исследователи утверждают, что брак является основой семьи. Каждая перепись населения в России показывает, что число женщин, состоящих в браке, превышает число женатых мужчин. И это означает, что у нас существует многоженство. По-видимому, одно и то же явление, фактический брак, люди расценивают по-разному: женщины его объявляют настоящим, равный юридическому, мужчины же полагают безбрачием.

Из приведенного выше определения семьи следует, что основными являются три её признака:

- брачные или кровнородственные связи между всеми её членами;
- совместное проживание в одном помещении;
- общий семейный бюджет.

Юридическая сторона тут не выступает непременным условием.

Семья относится к особым, фундаментальным группам общества. Семья оказывает довольно заметное воздействие на общество. Прежде всего своей воспроизводящей потомство функцией. Именно семья осуществляет рождение, воспитание, выращивание новых членов общества. Кроме того, семья упорядочивает сексуальные отношения между людьми. В какой-то мере она является своеобразной моделью общества, всех социальных связей и отношений для молодого человека. Например, в семье существуют отношения материальные, складывающиеся независимо от воли людей. Это и отношения между полами, и экономические отношения между членами семьи в процессе производства необходимых благ. В семье человек впервые сталкивается с разделением труда.

В семье между её членами существуют идеологические, правовые, нравственные и религиозные отношения. Формирование трудовых ресурсов, квалификационный рост, миграция населения – все эти вопросы находятся под влиянием семьи. И именно в семье принимается решение о том, куда молодому человеку пойти учиться. Но все эти отношения преломляются в семье через особый психологический механизм: они основываются на чувствах любви привязанности и заботы.

Или взять такую важную проблему, как проблему заболеваемости и состояния здоровья населения. Ведь именно в семье закладываются генетические, биологические основы здоровья, а так же привычки, навыки по отношению к здоровью. Занимается человек физкультурой или нет, ведёт подвижный образ жизни или малоподвижный – всё это начинается обычно с семьи. Потребление людьми материальных благ и духовных ценностей во многом определяется семьёй. Именно она воспитывает вкусы, потребности у младшего населения.

Каково качество специалиста - во многом зависит от семьи. Потому что именно здесь, на личном примере добросовестного труда родителей у молодого человека воспитание высокосоциальное отношение к своему делу.

Именно в семье закладываются привычки, нравственные основы отношения к старшему поколению: милосердие или бездушие.

Всё это относится к социальной значимости семьи. Но она обладает и персональной значимостью. Семейное положение человека и качество его семейной жизни оказывают значительное влияние на его физическое, психическое состояние и самочувствие. По данным зарубежных исследователей смертность у людей, не состоящих в браке, значительно превышает смертность у людей семейных. Разумеется, благотворно влияет на человека лишь здоровая, благополучная семья, создание которой требует значительных усилий. Неблагоприятная же скорее усугубляет, ухудшает его положение.

Тема 4. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЕМЕЙНОЙ ПОЛИТИКИ В РФ. (4 часа)

Идеология семейной политики. Структуры власти и управления в области семейной политики. Методы решения проблем семьи. Законодательная основа регулирования отношений семьи и общества. Задачи государственной семейной политики. Задачи Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации в области семейной политики.

Идеология семейной политики, представляя собой систему взглядов и идей, определяет не только критерии оценки происходящих в институте семьи перемен, но и пути осуществления семейной политики.

Несомненно, без преодоления социально-экономического кризиса и дальнейшего подъема экономики, стабилизации общественно-политической обстановки решение значительной части проблем семей невозможно.

В то же время ослабление негативных последствий реформирования общества вполне возможно. Выход видится не в отказе от реформ, а в придании им социальной направленности.

Необходимо рассматривать интересы семьи как цель развития экономики и социальной сферы.

В экономике это означает: во-первых, преимущественное развитие отраслей, обеспечивающих удовлетворение материальных потребностей семей (аграрной сферы, легкой и пищевой промышленности, бытового обслуживания); во-вторых, обеспечение сохранения социальных гарантий в труде независимо от форм собственности (охраны труда, трудовых льгот для беременных женщин и матерей с детьми, работающих отцов и т.д.).

В социальной сфере важно сосредоточить внимание на семье, что обеспечит комплексный, всеобъемлющий подход в социальной политике.

При планировании изменений в социальной сфере, в том числе здравоохранении, образовании, социальном обеспечении, политике занятости, аграрной, жилищной политике, все меры должны разрабатываться, оцениваться и реализовываться с точки зрения обеспечения их положительного влияния на семью.

Необходимо обеспечить квалифицированную экспертизу всех законопроектов с точки зрения их последствий для жизнедеятельности семьи.

Государство не должно навязывать семье образ жизни, число детей, занятость родителей. Семья автономна в принятии всех решений, ее право — выбирать меры поддержки.

Перед государством все семьи равны: молодые и пожилые, полные и неполные — и имеют право на поддержку.

Государство должно принять на себя обязательства по безусловной защите семьи от нищеты и лишений, связанных с вынужденной миграцией, военными конфликтами, природными и технологическими катастрофами.

Социальное рыночное государство должно осуществлять социальную защиту семьи дифференцированно, обеспечивая социально приемлемый уровень жизни для нетрудоспособных членов семьи: детей, инвалидов, пенсионеров, а также многодетных семей. Особого внимания требуют неполные семьи с одним кормильцем: одинокие матери, разведенные мужчины и женщины с детьми, вдовы и вдовцы с детьми, а также опекунские семьи.

В то же время в обществе необходимо создать условия для самообеспечения семей с трудоспособными членами на трудовой основе. Нужна новая политика доходов. Заработная плата и пенсионное обеспечение должны, в

частности, обеспечивать все потребности семьи в условиях платности социальных услуг (здравоохранения, бытового обслуживания и т.п.).

Важно обеспечить условия для партнерства государства, разделения ответственности за судьбу российских семей со всеми гражданскими институтами и всеми гражданами на основе сотрудничества.

Очень многое можно было бы сделать и делается для семей уже сейчас. Прежде всего, это — формирование национальных механизмов по разработке и реализации государственной семейной политики.

Созданы федеральные и региональные структуры власти и управления в области семейной политики. К числу основных звеньев этой системы управления можно отнести Комитет по вопросам женщин, семьи и молодежи Государственной думы, Комиссию по вопросам женщин, семьи и демографии при Президенте Российской Федерации, Департамент проблем семьи, женщин и детей Министерства социальной защиты населения Российской Федерации, а также структурные подразделения федеральных министерств и ведомств социальной направленности, занимающиеся вопросами образования, воспитания, охраны здоровья, отдыха, культуры, физической культуры, бытового обслуживания и обеспечивающие выполнение семьей ее репродуктивной, воспитательной, жизнеохранительной и других важнейших функций.

К разработке государственной идеологии семейной политики широко привлекаются ученые и общественные организации, что, несомненно, обогащает содержание и практику управленческой деятельности на разных уровнях.

Движущей силой в реализации семейной политики являются субъекты федерации. В администрации и органах социальной защиты всех территорий Российской Федерации образованы отделы, комиссии или комитеты, которые занимаются разработкой и выполнением специальных программ семейной политики.

Помимо системы управленческих структур, занимающихся семьей, в России сложилась крайне сложная иерархия органов, в орбите внимания которых вопросы молодежной, гендерной, детской политики. Все они взаимосвязаны и часто по многим направлениям своей деятельности дублируют друг друга.

Совершенствование структур управления, а также механизмов финансирования правового, информационного обеспечения семейной политики — это большие и важные вопросы, требующие профессионального обсуждения и конструктивного решения в ближайшем будущем.

И тем не менее, формирование национальных механизмов управления семейной политикой — это не цель, а лишь инструмент, средство решения проблем семьи.

В настоящее время основным методом решения проблем семьи является разработка и реализация федеральных и региональных программ.

Согласно приоритетам семейной политики — а проблема выживания, защиты и развития детей в соответствии с идеологией и основополагающими документами ООН является приоритетом №1, в России осуществлялась в

2003-2006 гг. федеральная программа "Дети России" (в ее состав были включены подпрограммы "Детское питание", "Дети-сироты", "Дети-инвалиды", "Дети Севера", "Планирование семьи", "Дети Чернобыля"; выполнение этих программ находилось под контролем Комиссии по вопросам женщин, семьи и демографии при Президенте Российской Федерации), Постановлением Правительства Российской Федерации от 21 марта 2007 г. № 172 утверждена федеральная целевая программа "Дети России" на 2007 - 2010 годы.

Уровень цивилизованности общества, авторитет государства, нации сегодня, как никогда, ставится в прямую зависимость от того положения, которое занимают в обществе дети.

Совершенно очевидно, что от меры, глубины и последовательности решения проблем детства зависит будущее России.

Законодательная основа регулирования отношений семьи и общества.

Тенденция повышения ответственности государства за семью получила отражение в законодательстве страны. Так, Семейный кодекс РФ, принятый в 1995 г., регулирует сферу брачно-семейных отношений и устанавливает условия и порядок вступления в брак, прекращения брака и признания его недействительным, определяет личные неимущественные и имущественные отношения членов семьи.

Принятые государством меры имели целью законодательно закрепить основные социальные гарантии для лиц с несовершеннолетними детьми, трудящихся с семейными обязанностями (пособия на детей, налоговые, пенсионные, другие льготы). В трудовом законодательстве предусмотрены гарантии для беременных женщин и женщин, имеющих детей, связанные с их трудоустройством и увольнением, улучшением условий труда. Часть этих льгот была распространена на одиноких мужчин, воспитывающих детей. Обоим родителям, имеющим несовершеннолетних детей, уменьшен налогооблагаемый совокупный доход на сумму в размере двух минимальных зарплат на каждого ребенка. В соответствии с пенсионным законодательством женщины, родившие пять и более детей и воспитавшие их до 8 лет, а также матери-инвалиды с детства получили право на пенсию по возрасту по достижении 50 лет и при общем стаже не менее 15 лет.

Принципиальным сдвигом является рассмотрение семьи в некоторых государственных документах в качестве субъекта права. В частности, такой статус в 1995 г. был придан семьям вынужденных переселенцев (Постановление Правительства Российской Федерации от 26 декабря 1995 г. № 1278). В 1996 г. правовой статус получили семьи, переселяющиеся в сельскую местность, а также фермерские семьи (Постановление Правительства Российской Федерации от 7 февраля 1996 г. № 135). Эта тенденция прослеживается и в жилищном законодательстве. По Федеральному закону «О внесении изменений и дополнений в Закон Российской Федерации «Об основах федеральной жилищной политики» (от 12.01.96 № 9-ФЗ) размер расходов на оплату жилья связан с совокупным доходом семьи на одного человека, причем компенсации (субсидии) предусматриваются, если доход не превышает установленный прожиточный минимум. Кроме того, в Законе Российской Феде-

рации «Об образовании» (в ред. Федерального закона от 13.01.96 № 12-ФЗ) «семейное образование признается одной из форм «системы образования». В статье 52 «Права и обязанности родителей» это положение вновь находит подтверждение: родители «имеют право дать ребенку начальное общее, основное общее, среднее (полное) общее образование в семье».

Вопросы государственной семейной политики нашли также отражение в нормативных документах, регламентирующих социальную политику в отношении детей и женщин. По этим направлениям социальной политики приняты пакеты нормативных документов, ряд предусмотренных в них мер адресованы семье и могут быть отнесены к компетенции семейной политики. В этой связи следует выделить такие документы, определяющие политику в отношении детей, как Федеральный закон от 19 мая 1995 г. № 81-ФЗ «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей», Указ Президента Российской Федерации от 14 сентября 1995 г. №942 «Об основных направлениях государственной социальной политики по улучшению положения детей в Российской Федерации до 2000 г. (Национальный план действий в интересах детей)», Постановление Правительства Российской Федерации от 13 января 1996 г. № 28 «О плане действий по улучшению положения детей в Российской Федерации на 1995— 1997 годы», ряд указов Президента Российской Федерации по вопросам президентской федеральной целевой программы «Дети России», в частности, Указ Президента Российской Федерации «О продлении действия президентской программы «Дети России» от 19 февраля 1996 г. №210, Постановление Правительства Российской Федерации от 21 марта 2007 г. № 172 об утверждении ФЦП "Дети России" на 2007 - 2010 годы.

Проблема двойной нагрузки работающей женщины-матери нашла отражение в Указе Президента Российской Федерации от 18 июня 1996 г. № 932 «О национальном плане действий по улучшению положения женщины и повышению ее роли в обществе до 2000 года». Утвержденный правительством в соответствии с указом развернутый план действий предусматривает, в частности, решение социальных проблем женщин, связанных с совмещением профессиональных и семейных обязанностей.

В Законе Российской Федерации «О занятости населения в Российской Федерации» (в ред. Федерального закона от 20.04.96 № 36-ФЗ) нашла отражение специфика социально-экономического положения ряда категорий семей. В статье 5 «Государственная политика в области содействия занятости населения» в качестве объектов государственной политики в области содействия занятости населения, нуждающихся в социальной защите и испытывающих трудности в поиске работы, выделяются: инвалиды; граждане, имеющие на содержании лиц, которым по заключению уполномоченного на то органа необходимы постоянный уход, помощь или надзор; лица, освобожденные из мест лишения свободы; молодежь в возрасте до 18 лет, впервые ищущая работу; лица предпенсионного возраста (за два года до наступления возраста, дающего право выхода на пенсию по старости (по возрасту); беженцы и вынужденные переселенцы; граждане, уволенные с военной службы, и чле-

ны их семей; одинокие и многодетные родители, воспитывающие несовершеннолетних детей, детей-инвалидов; семьи, в которых оба родителя признаны безработными; граждане, подвергшиеся воздействию радиации вследствие чернобыльской и других радиационных аварий и катастроф.

Вместе с тем в стране отсутствует единая правовая база государственной семейной политики, принимаемые государством меры в основном адресованы индивидууму и слабо учитывают интересы семьи как социального института. Правовой статус семьи, характеризующий его положение по отношению к государству, его институтам, до сих пор не определен. Законодательством регулируются в основном семейные права граждан. Это во многом определяет состояние государственной семейной политики. По оценке Национального совета по подготовке и проведению Международного года семьи, система семейной политики в нашей стране только формируется. Эксперты международной организации ТАС18, специально исследовавшие данную проблему, считают, что Россия пока не имеет выраженной семейной политики, но она уже в стадии разработки.

Становление идеологии государственной политики в отношении семьи представляет собой неоднозначный и противоречивый процесс, основными вехами которого стали Концепция семейной политики Комитета по делам семьи, семейной и демографической политике (1991), Концепция государственной семейной политики Национального совета по подготовке и проведению Международного года семьи (1993) и Основные направления государственной семейной политики (1996), утвержденные Указом Президента Российской Федерации от 14 мая 1996 г. №712. В этих документах отражены идеология общечеловеческих ценностей, приоритета интересов семьи и личности, созданы условия для выхода на новый уровень взаимодействия государства и семьи. Однако сложившиеся предпосылки не были эффективно использованы для формирования семейной политики как направления социальной политики, системы государственной деятельности, развития ее методологических, программных, организационно-управленческих основ.

Важным этапом в развитии официальной парадигмы государственной семейной политики стал вышеназванный Указ Президента Российской Федерации «Об Основных направлениях государственной семейной политики» (от 14 мая 1996 г. №712). Подчеркнем преемственность принятого документа с Концепцией государственной семейной политики, одобренной Национальным советом по подготовке и проведению Международного года семьи. Основные направления государственной семейной политики отражают многие острые проблемы жизнедеятельности семьи. Впервые на государственном уровне семейная политика получила государственное определение. Она рассматривается как составная часть социальной политики, система принципов, оценок и мер, нацеленная на «обеспечение необходимых условий для реализации семьей ее функций и повышение качества жизни семьи» (ст.8). Ее функции системно не включены в деятельность органов государственной власти. Это во многом отражает распространенную в официальных кругах точку зрения о том, что проведение специальной семейной политики нецеле-

сообразно, так как вся социальная политика ориентирована на семью. Сам термин «семейная политика» в государственных документах практически не используется. В текущей работе министерств и ведомств под семейной политикой, как правило, понимается совокупность общесоциальных мер, влияющих на жизнедеятельность семьи, женщин, детей. В результате предмет семейной политики расширяется настолько, что теряет свои границы и специфику самостоятельного направления деятельности, отождествляется с предметом социальной политики.

Семья не выступает самостоятельным объектом государственной политики и в принимаемых на различных уровнях власти программах. Многие министерства и ведомства не выполняют функции субъектов семейной политики, не проводят системной работы в этой области, не разрабатывают соответствующих программ, ограничиваясь лишь отдельными мероприятиями. Не создана единая система государственной экспертизы, обеспечивающей корректировку социальной политики и ее отдельных направлений с учетом интересов института семьи. Целенаправленно не учитываются интересы семьи при решении многих проблем, возникших в переходный период (приватизация, налогообложение, кредитование и др.). В новых условиях не пересмыслен опыт поддержки семьи, накопленный в прошлые годы. Отсутствует среднесрочная программа государственной семейной политики. Принимаемые в социальной практике меры, как правило, имеют краткосрочный характер, являются «скорой помощью» в основном социально уязвимым лицам, отстают от происходящих в жизни перемен, часто не выполняются из-за отсутствия необходимых средств, механизмов и технологий реализации, слабого контроля, недостатка профессионально подготовленных кадров. Отметим при этом, что политики в отношении детей и женщин формируются автономно и более развиты, чем семейная.

Семья крайне недостаточно участвует в процессах разработки и реализации государственной политики, не является полноправным субъектом осуществляемых в стране реформ. Этот вопрос не проработан концептуально, не сформированы государственные механизмы, обеспечивающие участие семьи в общественно-политической деятельности, развитие организаций и объединений, лоббирующих ее «корпоративные» интересы. Имеющийся потенциал негосударственных организаций к реализации целей семейной политики системно не привлекается, отсутствует концепция их отношений с государственными институтами, должная координация усилий. Поэтому необходимо принять меры для активизации всех участников процесса разработки и реализации семейной политики.

В федеральном бюджете страны средства на финансирование семейной политики выделяются, финансируются не только лишь отдельные мероприятия в этой области (социальная защита, социальное обслуживание семей, пособия на детей). По заключению ряда министерств и ведомств (Минфина, Минобразования, Минздравмедпрома и др.), государственная семейная политика по сути решаемых ею проблем носит комплексный, межотраслевой характер и затрагивает широкий круг вопросов, лежащих в смежных областях

социальной политики. Выделение в федеральном бюджете отдельной строкой ассигнований на ее финансирование не представляется возможным, потому что расходы по осуществлению конкретных мероприятий предусматриваются в соответствующих статьях федерального бюджета, связанных с образованием, культурой, искусством, здравоохранением, социальной защитой. Приведенные аргументы не являются убедительными и свидетельствуют, по крайней мере, о методологических заблуждениях работников указанных ведомств. Так, неправомерно ими расширяется предмет семейной политики, в него включается вся совокупность проблем женщин и детей. Кроме того, молодежная политика, на которую средства в бюджете выделяются отдельной строкой, также носит комплексный, межотраслевой характер. В настоящее время политика в отношении семьи в России деформирована. В условиях, когда значительная часть семей имеет доходы ниже прожиточного минимума, приоритетной целью политики стала социальная защита уязвимых категорий населения. На федеральном уровне усилия сосредоточены на материальной поддержке (прежде всего семейные заслуживают внимания, защиты и поддержки со стороны государства независимо от типов семей, многообразия индивидуальных предпочтений и социальных условий. Все семьи вправе рассчитывать на поддержку государства.

Необходимо поощрять права и свободы индивида в семье.

Семейная политика должна быть направлена на поощрение равноправия между мужчинами и женщинами в распределении семейных обязанностей и закреплять равные их возможности участвовать в трудовой и общественной жизни.

Все меры семейной политики должны укреплять самостоятельность и независимость семей, обеспечивая помощь семье в выполнении присущих ей функций, не подменяя их государственными структурами.

Задачи государственной семейной политики.

Мировым сообществом сформулированы также приоритетные для всех государств задачи семейной политики:

1. Формирование эгалитарных (равноправных) отношений между супругами в семье.
2. Улучшение положения неполных семей с одним кормильцем, с больными и престарелыми членами семьи.
3. Защита семей от нищеты и лишений, от негативных воздействий изменений, которые связаны с экономикой, миграцией, урбанизацией, экологией, и вследствие чего семья часто утрачивает возможность выполнять свои функции.
4. Создание условий, позволяющих семьям принимать грамотные решения по определению интервалов между рождениями детей и их количества.
5. Предотвращение алкоголизации и наркомании, насилия в семье.

Сегодня на федеральном уровне есть ресурсы для дальнейшего наращивания льгот, поэтому целесообразен переход не только к индивидуализации социальной поддержки семьи на уровне территории, но повышение эффективно-

сти такой поддержки на государственном уровне. Это обеспечит комплексный подход к проблемам семьи для устранения, прежде всего, причин неблагополучия, а не только последствий. Необходимо смещение акцентов в структуре видов помощи, приоритет должен быть отдан активным формам поддержки (дополнительному обучению, переквалификации, трудоустройству, кредитованию на цели обеспечения самозанятости и др.).

Правительство Российской Федерации на заседании 26 апреля одобрило проект федерального бюджета на 2008 и на период до 2010 года. Федеральные расходы социальной направленности в 2008-2010 гг. уменьшаются. Доля запланированных расходов бюджета на социальные статьи (образование, культура, здравоохранение, социальная политика) в 2007 году составят 15%, а в 2010 – 14% (для сравнения: затраты на властные функции - управление, оборона, внутренняя безопасность – в 2007 году – 42.0%, а в 2010 – 42,4%). По расчетам автора, среди получающих зарплату ниже прожиточного минимума 75% – женщины.

Федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, социального развития, труда и защиты прав потребителей является Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации является.

Цели и задачи деятельности Министерства на 2007-2009 годы определены на исходя из посланий Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации и Программы социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу (2006-2008 годы), утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 19 января 2006г. № 38-р, и направлены на обеспечение достижения следующих целей Правительства Российской Федерации:

- повышение материального уровня жизни населения;
- повышение уровня здоровья населения;
- обеспечение потребностей в социальном обслуживании и социальной поддержке;
- обеспечение продуктивной занятости и достойных условий труда;
- воспроизводство и развитие потенциала трудовых ресурсов.

Миссия Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации в свете реализации конституционных гарантий и прав граждан Российской Федерации на базе положений посланий Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации и Программы социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу (2006-2008 годы) заключается в содействии улучшению демографической ситуации, росту уровня и качества жизни через повышение доходов населения, улучшению здоровья, созданию условий для достойного труда и продуктивной занятости, усилению социальной защиты уязвимых групп населения.

Исходя из системы целей Правительства Российской Федерации и функций, исполняемых Министерством, на 2007-2009 годы определены следующие

цели Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации:

1. Улучшение демографической ситуации и положения семей с детьми, а также детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

2. Повышение благосостояния населения, снижение бедности и неравенства по денежным доходам населения.

3. Повышение качества и доступности медицинской помощи, лекарственного обеспечения, особенно для малоимущих групп населения, обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия.

4. Повышение эффективности системы социальной защиты и социального обслуживания, в первую очередь пожилых граждан и инвалидов.

5. Содействие продуктивной занятости населения, обеспечение защиты прав граждан в области труда.

Необходимо подчеркнуть, что «Улучшение демографической ситуации и положения семей с детьми, а также детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» стоит на первом месте в ряду перечисленных выше целей Министерства (среди наиболее важных статистических показателей, характеризующих демографическую ситуацию - Число родившихся, чел. на 1000 человек населения и Число умерших, чел. на 1000 человек населения; первый из них составлял в 2004 г. 10,4, в 2006 г. 10,3, по планам МЗ и СР РФ в 2009 г. – показатель должен составлять 11,0-11,4, а целевое значение – 17,0, второй – в 2004 г. 16,0, в 2006 г. 16,3-16,0, по планам МЗ и СР РФ в 2009 г. – показатель должен составлять 16,4-15,4, а целевое значение – 10,0).

Цель – улучшение демографической ситуации и положения семей с детьми, а также детей, находящихся в трудной жизненной ситуации направлена на постепенную стабилизацию численности населения страны на основе создания условий, благоприятных для рождения детей, снижения смертности и упорядочения миграции населения; на оказание помощи и поддержки семьям с детьми, находящимися в трудной жизненной ситуации; на защиту прав и интересов детей и подростков, оставшихся без попечения родителей.

Для достижения цели потребуются повысить эффективность деятельности федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления в сфере регулирования демографических процессов, касающихся рождаемости, оказания поддержки семье, улучшения здоровья населения, увеличения ожидаемой продолжительности жизни, миграции населения и иных аспектов демографического развития.

Главными тактическими задачами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации на 2007-2009 годы в достижении вышеуказанной цели являются:

- содействие созданию благоприятных условий для повышения рождаемости, улучшения положения семей с детьми;

- содействие снижению смертности, в первую очередь от неестественных причин;

- укрепление системы социальной защиты семьи, обеспечивающей сохранение ребенка в семье, создание благоприятных условий для комплексного развития и жизнедеятельности детей, попавших в трудную жизненную ситуацию.

В целях содействия созданию благоприятных условий для повышения рождаемости, улучшения положения семей с детьми с 1 января 2007 года будут проведены следующие мероприятия:

- увеличены размеры ежемесячного пособия по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет.

В рамках реализации данного мероприятия принят Федеральный закон «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части государственной поддержки граждан, имеющих детей», предусматривающий помощь семье при рождении и воспитании детей.

В соответствии с указанным Федеральным законом с 1 января 2007 года пособие по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет будет выплачиваться всем женщинам.

Для неработающих женщин пособие устанавливается в размере 1500 рублей на первого ребенка и 3000 рублей на второго и последующих детей.

Для работающих женщин пособие повышается с 700 рублей до размера равного 40% среднего заработка (дохода, денежного довольствия) за последние 12 календарных месяцев, предшествовавших месяцу наступления отпуска по уходу за ребенком. При этом минимальный размер пособия не может быть ниже размера, установленного для неработающих женщин.

При одновременном осуществлении ухода за двумя и более детьми размер пособия суммируется. При этом суммированный размер пособия, исчисленный исходя из среднемесячного заработка, не может превышать 100% этого заработка, но не может быть менее суммированного минимального размера пособия.

- предоставлен материнский (семейный) капитал в размере 250 тыс. рублей (с последующей индексацией этой суммы с учетом инфляции) женщинам при рождении второго ребенка или третьего и последующих детей при наличии с 1 января 2007 года двоих и более детей

Федеральным законом предусматривается, что материнский (семейный) капитал будет использоваться после достижения ребенком 3-х лет (то есть после 1 января 2010 года) на приобретение жилья с использованием ипотеки или других схем кредитования, на дополнительное образование детей, на накопительную часть пенсии женщины.

Использование материнского (семейного) капитала на решение жилищных проблем молодой семьи будет осуществляться через приоритетный национальный проект «Доступное и комфортное жилье – гражданам России», в котором предусмотрена специальная подпрограмма «Обеспечение жильем молодых семей».

- введены выплаты родителям компенсации затрат на содержание ребенка в дошкольном образовательном учреждении.

В целях поддержания доходов молодых семей и стимулирования возвращения женщин, имеющих малолетних детей, к трудовой деятельности Феде-

ральным законом «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части государственной поддержки граждан, имеющих детей» вводится компенсация затрат на содержание ребенка в дошкольном образовательном учреждении в размере 20% от размера платы за содержание ребенка в дошкольном образовательном учреждении на первого ребенка; 50% - на второго ребенка; 70% - на третьего и последующих детей.

- введены меры материальной поддержки семей, принявших на воспитание детей-сирот.

С 1 января 2007 года введено единовременное пособие, назначаемое при усыновлении ребенка, передаче под опеку (попечительство) или в приемную семью в размере 8000 рублей, то есть в том же размере, что и при рождении ребенка.

Источник финансирования – субвенции бюджетам субъектов Российской Федерации из федерального бюджета на выплату единовременных пособий при всех формах устройства детей, лишенных родительского попечения, в семью.

Предусмотрено также ввести единый по Российской Федерации стандарт выплаты на содержание ребенка в семье опекуна и в приемной семье в размере не менее 4000 рублей ежемесячно, на оплату труда приемных родителей – не менее 2500 рублей ежемесячно.

Источник финансирования – средства Федерального фонда софинансирования социальных расходов в виде субсидий на частичное возмещение расходов бюджетов субъектов Российской Федерации на содержание ребенка в семье опекуна и приемной семье, а также на оплату труда приемному родителю;

- введена ежегодная диспансеризация 200 тысяч детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, находящихся в стационарных учреждениях (домах ребенка, детских домах, школах-интернатах) системы здравоохранения и образования.

Источник финансирования – трансферты из федерального бюджета, передаваемые в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования на проведение диспансеризации находящихся в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;

- увеличена с 7000 до 10000 рублей стоимость родового сертификата

Дополнительные средства будут направлены на обеспечение беременных женщин витаминами, микронутриентами и железосодержащими препаратами, а также на поощрение персонала родильных домов и детских поликлиник по месту жительства детей с учетом объема и качества медицинских услуг, а также мнения матери ребенка.

Источник финансирования – средства, перечисленные в Фонд социального страхования Российской Федерации из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

В 2007 году Министерством будут разработаны дополнительные мероприятия по совершенствованию оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, во время родов и послеродовом периоде. Предусматривается приступить в 2008 году к строительству 20 современных перинатальных

центров, оснастить стационарные учреждения родовспоможения диагностическим и лечебным оборудованием.

Мероприятия по данному направлению будут проводиться в рамках приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения.

В целом государственные меры экономической поддержки семьи недостаточно эффективны и ограничиваются в основном денежными пособиями на детей. В то же время стратегия развития экономического потенциала и инициативы семей, обеспечения их экономической безопасности и гарантий социальной защиты, создания адекватной системы их поддержки в переходный период, ориентированной на взаимную (а не одностороннюю) адаптацию семьи и экономики только разрабатываются. В Кратком обзоре политики в отношении семьи и проведения Международного года семьи в Российской Федерации, представленном 49-й сессии Генеральной Ассамблеи ООН, подчеркивалась необходимость повышения внутренних ресурсов семьи для самообеспечения, поддержания здоровья и личностного развития своих членов, ухода за нетрудоспособными, их реабилитации и адаптации в обществе, противостояния асоциальному поведению, алкоголизму членов семьи.

Тема 5. ЗАЩИТА ПРАВ ДЕТЕЙ В РФ (4 часа).

Правовой статус ребенка в международных документах. Отечественное законодательство о правах детей (ГК РФ, Семейный кодекс). Права российских детей в зависимости от возраста. Охрана здоровья детей. Право на образование. Права детей в области семейных отношений. Общие права несовершеннолетних детей.

Долгое время в нашей стране граждане не информировались о важнейших международных актах, касающихся прав человека. О всеобщей декларации прав человека 1948 года советские люди узнали, пожалуй, через 40 лет, а о Декларации прав ребенка 1959 года — через 20 лет, в Международный год ребенка (1979 год), когда этот важный документ был напечатан небольшим тиражом. Правовая незащищенность ребенка является одной из причин того, что в нашем обществе наблюдаются следующие симптомы неблагополучия в формировании подрастающего поколения: разрушение физического и психического здоровья еще незрелой личности ребенка; растущая алкоголизация несовершеннолетних; распространение в среде несовершеннолетних асоциальных установок; рост детской преступности. В целом, XX век внес существенный вклад в исследование и разработку новой этики в отношении ребенка, признав его самостоятельным субъектом права и выделив его особый социальный статус. Ребенок рассматривается как личность со своими законными интересами и правами, которые государство и общество, мир взрослых должны поддерживать и реализовывать в приоритетном порядке.

Во всемирной декларации об обеспечении выживания, защиты и развития детей отмечено: «Дети мира невинны, уязвимы и зависимы». Им необходимы особая помощь и защита. Взрослые должны протянуть детям сильную и твердую руку, памятуя при этом, что когда сегодняшние дети вырастут, они протянут свою руку постаревшему взрослому человеку

Ст. 1 Конвенции о правах ребенка: "Для целей настоящей конвенции ребенком является каждое человеческое существо до достижения 18-летнего возраста, если по закону, применимому к данному ребенку, он не достигает совершеннолетия раньше".

Каждый ребенок со дня своего рождения имеет два основных права:

- на охрану детства;
- на надлежащее воспитание.

Право на охрану детства подразумевает предоставление государством возможности всякому ребенку иметь надлежащие условия физического развития. Сущность права на надлежащее воспитание состоит в возможности беспрепятственно развиваться духовно еще не сформировавшейся в социальном плане личности. Оба права существуют одновременно, но в первые годы жизни (от 0 до 3-х лет) главенствующим является право на охрану детства, которое обеспечивается государством с помощью мер направленных на охрану здоровья беременной, работающей (не работающей) женщины-матери и ее ребенка. Обеспечение права на охрану детства создает фундамент здоровой личности, без чего невозможно воспитание подрастающего человека. Обеспечению права на воспитание служит вся существующая в обществе система воспитания, ее отдельные звенья: семья, где функции воспитания возлагаются на родителей; детские воспитательные, учебные заведения; средства массовой информации; прочие органы, которые влияют на формирование личности.

Согласно ст. 9 ГК РФ, каждый человек с момента своего рождения правоспособен. Это означает, что он имеет гражданские права и обязанности. Наряду с правоспособностью существует понятие дееспособности. Дееспособность означает способность гражданина своими действиями приобретать гражданские права и создавать для себя гражданские обязанности. Дееспособность в полном объеме возникает по достижении 18-летнего возраста. Укороченный срок наступления гражданской дееспособности применяется, когда несовершеннолетние вступают в брак в 14 лет. В случае развода права не отчуждаемы [4].

Важным правом является право детей на имя, отчество, фамилию, порядок присвоения, которых определяет Семейный кодекс РФ

Споры о детях, возникающие по причине раздельного проживания супругов или бывших супругов, разрешаются в судебном порядке, исходя из интересов детей. Желание ребенка проживать с одним из родителей учитывается путем опроса ребенка в установленном порядке, но только в случае достижения им 10-летнего возраста. Отдельно проживающий родитель имеет право и обязан принимать участие в воспитании ребенка. Наиболее жесткой, крайней мерой воздействия на родителей является лишение родительских прав в отношении одного или обоих родителей и только тех детей (или ребенка), в отношении которых совершались неправомерные действия.

Одной из задач Кодекса о браке и семье является "всемерная охрана интересов матери и детей и обеспечение счастливого детства каждому ребенку".

Охрана здоровья несовершеннолетних осуществляется законодательством о здравоохранении. Причины столь тщательной заботы, о детях начиная с утробного состояния до совершеннолетия, со стороны государства вполне по-

няты. Разумеется, для дальнейшего развития страны ей необходимо здоровое во всех отношениях молодое поколение, полноправные участники процесса общественного воспроизводства.

Перечень прав российских детей в зависимости от возраста:

- с момента рождения: гражданская правоспособность — способность иметь гражданские права и обязанность иметь гражданство (по принципу крови, а не места проживания); право на имя, отчество и фамилию (с момента регистрации); пособие по случаю рождения, по многодетности и малообеспеченности; право на выживание и здоровое физическое развитие; право на прием в ясли, дом ребенка.

- с 1,5 лет: право не разлучаться с матерью; оплачиваемый отпуск матери по уходу за ребенком; право на постоянную заботу со стороны родителей;

- с 3 года: отпуск матери по уходу за ребенком без сохранения содержания; право матери находиться с ребенком в больнице; право на прием в детский сад; право на воссоединение с семьей и контакты с родителями;

- с 6-7 лет: право на образование и культуру, поступление в государственную школу, бесплатное и обязательное начальное образование;

- с 10 лет: усыновление только с согласия ребенка; право детей решать, с кем быть в случае развода родителей; право на свободное участие в культурной жизни, творческой деятельности; право на свободный досуг и отдых; определение в специальные школы и воспитательные учреждения;

- с 14 лет: право на свободный выбор учебного заведения, получение паспорта; возможность вступать в брак; свобода доступа к правовой помощи; право распоряжения собственным заработком; совершение самостоятельно мелких бытовых сделок; право на поступление на работу с согласия профсоюза; установление попечительства;

- с 16 лет: право на льготы при поступлении на работу; право на посещение мероприятий без ограничения; право на приобретение любых изделий.

- с 18 лет: совершеннолетние с наступлением полной дееспособности.

Основные нормативные акты в области социально - правовой защиты детства

Важным этапом в развитии правовой охраны детства явилось принятие Конвенции ООН о правах ребенка (13 июня 1990 года). Главная цель Конвенции - максимальная защита интересов ребенка. Ее положения сводятся к четырем требованиям. Это - выживание, развитие, защита и обеспечение активного участия детей в жизни общества.

Конвенция о правах ребенка — правовой документ высокого международного уровня. Она провозглашает ребенка самостоятельным субъектом права, подчеркивая высокие требования и спрос за соблюдения государствами провозглашенных прав.

Статьи 1-4 определяют понятие "ребенок" (человеческое существо от рождения до 18 лет), фиксируют один из основных принципов Конвенции — приоритетность интересов детей перед интересами общества.

Статьи 5-11 определяют права детей на жизнь, имя, гражданство; сохранение своей индивидуальности; право знать своих родителей и право на их заботу и не разлучение.

Статьи 12-17 определяют права детей на выражение своих взглядов, своего мнения, на свободу мысли, совести и религии, доступ ребенка к сбору и распространению информации.

Статьи 20-26 излагают перечень прав детей депривированных категорий и обязанности государств по защите и помощи детям – сиротам, детям лишенным родительского попечения, беженцам, неполноценным детям; перечисляются также права всех детей на соответствующий уровень медицинского обеспечения, на социальную помощь.

Статьи 28-31 фиксируют право ребенка на образование, бесплатное и обязательное начальное; право детей на отдых и досуг.

Статьи 37-40 устанавливают права ребенка в случае совершения правонарушения или преступления; отбытия наказания, право на охрану во время конфликтов и войн.

На основе Конвенции ООН о правах ребенка в 1991 году были приняты Всемирная Декларация об обеспечении выживания, защиты и развития детей и План действий по ее осуществлению на 90-годы.

В законодательной деятельности Российского государства в 1995 г. было уделено значительное внимание социально-правовой защите детства, охвачен широкий круг вопросов о правах и интересах детей в различных областях их жизнедеятельности. Принято более 30 нормативных актов, которые касаются социального обеспечения, охраны здоровья, образования и культуры детей, защиты трудовых прав несовершеннолетних, охраны прав и интересов детей в области семейных отношений, а также в гражданском, уголовном и административном законодательстве. Отправной точкой в законотворческой работе в этой области, явились, наряду с Конституцией РФ, основные международно-правовые документы по правам детей. В целях создания условий для практической реализации принципов и требований, содержащихся в этих документах, Указом Президента РФ от 14.09.1995 г. был разработан и утвержден «Национальный план действий в интересах детей». В законодательстве была продолжена линия на расширение социальной поддержки семей с детьми, детей, оставшихся без попечения родителей, других нуждающихся в помощи [18].

19.05.1995 г. принят Федеральный закон "О государственных пособиях гражданам, имеющим детей", который установил единую систему государственных пособий в связи с рождением и воспитанием детей.

24.11.1995 г. принят Федеральный закон, предусматривший увеличение размеров некоторых пособий, установление единовременных пособий при рождении ребенка, ежемесячных пособий на период отпуска по уходу за ребенком до полутора лет.

10.12.1995 г. принят Федеральный закон "Об основах социального обслуживания населения в РФ". Он закрепляет и регулирует деятельность, возникших на практике и действующих учреждений, осуществляющих социальную помощь детям, оказавшимся в особо трудных условиях. Закон говорит о предо-

ставлении детям-сиротам, детям оставшимся без родительского попечения, безнадзорным несовершеннолетним, детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации приюта в специализированных социальных учреждениях. Определены виды таких учреждений:

- 1) социально-реабилитационные центры для несовершеннолетних;
- 2) центры помощи детям, оставшимся без попечения родителей;
- 3) социальные приюты для детей и подростков;
- 4) детские дома-интернаты для умственно отсталых детей и дома-интернаты для детей с физическими недостатками;
- 5) реабилитационные центры для детей с ограниченными возможностями.

Постановлениями Правительства РФ в этот период утверждены Типовые положения «Об образовательных школах-интернатах» (от 26.06.1995 г.) и «О дошкольных образовательных учреждениях» (от 1.07.1995 г.).

В целях решения наиболее острых и значительных проблем детства Указом Президента РФ от 18 августа 1994г. утверждена президентская программа «Дети России», включившая федеральные целевые программы. В настоящее время утверждена Постановлением Правительства Российской Федерации от 21 марта 2007 г. № 172 и действует Федеральная целевая программа "Дети России" на 2007 - 2010 годы.

Федеральная целевая программа "Дети России" на 2007 - 2010 годы является продолжением федеральной целевой программы "Дети России" на 2003 - 2006 годы, в результате выполнения которой было достигнуто снижение младенческой и материнской смертности (на 21,8 и 27 процентов соответственно). Цель Программы - улучшить качественные показатели здоровья и социального положения детей, создать благоприятные условия для их комплексного развития. Она также ориентирована на профилактику семейного неблагополучия и поддержку семей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, в первую очередь семей с детьми-инвалидами.

Программа предусматривает решение следующих задач:

обеспечение безопасного материнства и рождения здоровых детей, охрана здоровья детей и подростков, в том числе репродуктивного здоровья;

профилактика и снижение детской и подростковой заболеваемости, инвалидности и смертности;

создание государственной системы выявления, развития и адресной поддержки одаренных детей, сохранение национального генофонда страны, развитие интеллектуального и творческого потенциала России;

профилактика социального неблагополучия семей с детьми, защита прав и интересов детей;

совершенствование системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних;

проведение эффективной реабилитации и адаптации детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;

обеспечение полноценной жизнедеятельности детей-инвалидов и их интеграции в общество;

профилактика социального сиротства, постепенный переход от содержания детей в учреждениях интернатного типа к семейным формам устройства детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;

обеспечение профессиональной подготовки и социальной защищенности выпускников детских интернатных учреждений, развитие системы социализации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

Решение указанных задач будет осуществляться в рамках реализации входящих в состав программы «Дети России» подпрограмм "Здоровое поколение", "Одаренные дети" и "Дети и семья".

Одним из важнейших законодательных актов в области социально-правовой защиты и помощи детям является Указ Президента РФ от 14.09.1995 № 942 «Об утверждении Основных направлений государственной социальной политики по улучшению положения детей в РФ до 2000 г. (Национального плана действий в интересах детей)». В связи с этим Указом в российской законодательной практике впервые появился термин «государственная социальная политика по улучшению положения детей».

В Указе определена общая цель государственной социальной политики по улучшению положения детей в Р Ф: преодоление нарастания негативных тенденций и стабилизации положения детей, создание реальных предпосылок дальнейшей положительной динамики процессов жизнеобеспечения детей. Необходимость реализации прав детей на полноценное физическое, интеллектуальное, духовное, и социальное развитие в соответствии с нормами Конституции РФ и международными обязательствами, а также конкретные проблемы современного положения детей обусловили выбор в качестве приоритетных следующих основных направлений государственной социальной политики по улучшению положения детей в Р Ф:

- укрепление правовой защиты детства;
- поддержка семьи как естественной среды жизнеобеспечения детей;
- обеспечение безопасного материнства и охраны здоровья детей;
- улучшение питания детей;
- обеспечение воспитания, образования и развития детей;
- поддержка детей, находящихся в особо трудных обстоятельствах.

С появлением Федерального закона «Об основных гарантиях прав ребенка в РФ» содержание этой политики несколько изменилось, появился новый термин «государственная политика в интересах детей».

В Семейном кодексе есть специальный (IV) раздел «Права и обязанности родителей и детей», 2 глава которого так и называется «Права несовершеннолетних детей». В семи статьях этой главы прописаны права ребенка: жить и воспитываться в семье; общаться с родителями и другими родственниками; права на защиту; на выражение своего мнения; на имя, отчество и фамилию; на имущественные права. В нашей стране в соответствии с конституционным принципом разделения полномочий между федеральным центром и субъектами Федерации в ряде регионов разработаны собственные законы о правах ребенка. Все это, с одной стороны, помогло разработчикам Закона «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации», а с другой стороны, как бы содер-

жательно ограничило их в наборе статей о правах ребенка, которые были уже закреплены в ранее принятых законодательно-нормативных актах.

Наиболее важным в этом законе является раздел, посвященный государственной политике в интересах детей, а именно:

- осуществлению прав детей, предусмотренных Конституцией РФ, недопущению их дискриминации, упрочению основных гарантий прав и законных интересов детей, а также восстановлению их прав в случае нарушений;
- формированию правовых основ гарантий прав ребенка;
- содействию физическому, интеллектуальному, психическому, духовному и нравственному развитию детей, воспитанию в них патриотизма и гражданственности, а также реализации личности ребенка в интересах общества и в соответствии с непротиворечащими Конституции РФ и Федеральному законодательству традициями народов Российской Федерации, достижениями российской и мировой культуры.

Государственная политика в интересах детей является приоритетной областью деятельности органов государственной власти РФ и основана на следующих принципах:

- законодательное обеспечение прав ребенка;
- государственная поддержка семьи в целях обеспечения полноценного воспитания детей, защиты их прав, подготовки их к полноценной жизни в обществе;
- установление и соблюдение государственных минимальных социальных стандартов основных показателей качества жизни детей с учетом региональных различий данных показателей;
- ответственность должностных лиц, граждан за нарушение прав и законных интересов ребенка, причинение ему вреда;
- государственная поддержка органов местного самоуправления, общественных объединений и иных организаций, осуществляющих деятельность по защите прав и законных интересов ребенка.

Однако следует заметить, что практически отсутствует механизм реализации как в целом указанного Закона, так и государственной политики в интересах детей, что существенно отражается на истинном положении детей.

Охрана здоровья детей

В статьях 6, 23-25 Конвенции о правах ребенка говорится о необходимой заботе государства по охране прав детей на здоровье. В частности: «Государства-участники обеспечивают в максимально возможной степени

выживание и здоровое развитие ребенка» (ст. 6, п. 2). В ст. 24 подробно разъясняются следующие положения:

1. Государства-участники признают право ребенка на пользование наиболее совершенными условиями системы здравоохранения и средствами лечения болезней и восстановления здоровья.

Государства-участники стремятся обеспечить, чтобы ни один ребенок не был лишен своего права на доступ к подобным услугам системы здравоохранения.

2. Государства-участники добиваются полного осуществления данного права и, в частности принимают необходимые меры для:

а) снижение уровня смертности младенцев и детской смертности;

б) обеспечения предоставления необходимой медицинской помощи и охраны здоровья всех детей с уделением первоочередного внимания развитию первичной медико-санитарной помощи;

в) борьбы с болезнями и недоеданием, в том числе в рамках первичной медико-санитарной помощи, путем, среди прочего, применения легкодоступных технологий и доставки достаточно питательного продовольствия и чистой питьевой воды, принимая во внимание опасность и риск загрязнения окружающей среды;

г) предоставления матерям надлежащих услуг по охране здоровья в дородовой и послеродовой периоды;

д) обеспечения осведомленности всех слоев общества, в частности родителей и детей, о здоровье и питании детей, о здоровье и питании детей, преимуществах грудного кормления, гигиене, санитарии, среды обитания ребенка и предупреждения несчастных случаев, а также их доступа к образованию и их поддержки в использовании таких знаний.

В мае - июне 2003 г. была проведена Всероссийская диспансеризация, в ходе которой осмотрены 30 млн 400 тыс. детей (94,6%). По ее данным, 32,1% детей признаны здоровыми, 57,7% имеют функциональные отклонения или

факторы риска заболевания, 16,2% - хронические заболевания, часто и сильно болеющие - 5%.

Действующие в интересах детей в РФ нормативные акты охватывают права детей на различного рода медицинскую помощь, охрану здоровья в младенческом и подростковом возрасте, диспансерное наблюдение и лечение в дошкольных и общеобразовательных учреждениях, связанных с пребыванием в них детей.

Эти акты предусматривают льготы в области здравоохранения для семей с детьми, в особенности для семей, имеющих детей-инвалидов и детей с недостатками в физическом и умственном развитии, льготы детям из многодетных и неполных семей, льготах детям и семьям с детьми, пострадавшим от последствий аварии на Чернобыльской АЭС, на производственном объединении «Маяк» и подвергшимся радиационному воздействию на Семипалатинском полигоне, а также детям, зараженным вирусом иммунодефицита человека или больных СПИДом.

Основным российским законодательством по вопросу охраны прав детей на здоровье, естественно, является Конституция РФ, в статьях 7, 20, 39, 41 и 42, которой закреплено право на охрану здоровья граждан, и прежде всего детей. Следует особо отметить:

1. Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях

здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

2. В Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию.

Следует также отметить ряд федеральных законов, указов Президента и постановлений правительства, в которых прописано, как должно выполняться конституционное право граждан России (в том числе и детей) на здоровье. Прежде всего это: «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г.»; постановление Правительства РФ «О неотложных мерах по организации летнего отдыха детей и подростков в 1993 году»; «О дополнительных мерах по обеспечению потребности в специальных продуктах питания для детей раннего возраста в РСФСР».

Типовое положение об оздоровительном, образовательном учреждении санитарного типа для детей, нуждающихся в длительном лечении, утвержденное постановлением Правительства РФ от 28.08.97 г. № 1117.

Постановление Правительства РФ от 29.5.2002 г. № 363 «О подпрограмме «Физическое воспитание и оздоровление детей, подростков и молодежи в РФ» федеральное целевой программы «Молодежь России (2001-2005 годы)».

Согласно данным государственного доклада о положении детей в РФ (2002 г.), в стране последовательно снижается уровень младенческой смертности. В 2002 г. он составил 13,3 на 100 родившихся. Ведущими причинами смертности детей на первом году жизни остаются состояния, возникающие в перинатальный период (от 28 недель беременности, включая роды и первые 7 дней жизни ребенка), и врожденные аномалии развития заболевания, тесно связанные со здоровьем матери. В возрастной группе детей от года до 14 лет на первое место выходит смерть от отравлений и травм.

В 2001 г. общая заболеваемость детей в возрасте 0-14 лет в целом по России сохранилась на уровне 2000 г., при этом среди детей этой возрастной категории отмечено снижение заболеваемости от инфекционных и паразитарных болезней (на 3%), психических расстройств (на 2,8%), болезней органов дыхания (на 2,1%), травм и отравлений (на 1%). Однако среди детей в возрасте от 7 до 18 лет, совпадающем с периодом школьного обучения, отмечается выраженный рост заболеваемости. За период школьного обучения число детей, имеющих хронические заболевания, увеличивается на 20%, а частота хронической патологии возрастает в 1,6 раза. Негативная динамика состояния здоровья особенно выражена при обучении детей в учреждениях с повышенным уровнем образования (гимназии, лицеи и др.): за период обучения заболеваемость учащихся увеличивается на 74,4%. Особенно прогрессируют показатели заболеваемости у подростков в возрасте 15-17 лет (в 2001 г. общая заболеваемость превысила уровень 2000 г. на 3%). Сегодня 70% подростков страдают хронической патологией,

Низкий уровень здоровья подростков помимо факторов, обусловленных отдельными формами школьного обучения, во многом связан с социальными

условиями жизни и распространенностью среди этой возрастной категории поведенческих факторов риска (употребление алкоголя, наркотических веществ, курение и т.п.).

В этих целях в соответствии с Законом «Об образовании» учебная нагрузка, режим обучающихся должны определяться Уставом образовательного учреждения по согласованию с органами здравоохранения.

Предусматривается возможность содержания детей с недостатками в физическом или психическом развитии в учреждениях социальной защиты за счет государственных средств. В интересах ребенка установлено право одного из родителей (или иного члена семьи) находиться вместе с ребенком в больничном учреждении в течение всего времени пребывания в нем с оплатой родителям листка нетрудоспособности.

Для детей, нуждающихся в длительном лечении, организуются согласно действующему законодательству образовательные учреждения санаторного типа, в которых ведется реабилитационная и лечебно-оздоровительная работа с детьми. Плата за содержание в этих учреждениях с родителей не взимается.

Кроме того, детям, нуждающимся в санаторно-курортном лечении, проживающим в семьях, среднедушевой доход которых не превышает величину прожиточного минимума, установленного в соответствующем регионе, закон предоставляет право на 50-процентную скидку от стоимости проезда к месту лечения и обратно на всех видах транспорта. Такая же льгота предоставляется родителю (или лицу его заменяющему), сопровождающему ребенка.

Для защиты прав детей-инвалидов Федеральный закон «О специальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24 ноября 1995 г. им до 18 лет в зависимости от степени расстройства организма и ограничения жизнедеятельности устанавливается категория «ребенок-инвалид».

Детям-инвалидам, инвалидам с детства, а также детям, потерявшим родителей, устанавливается так называемая социальная пенсия в размере минимальной пенсии по старости.

Законодательством установлены жилищные льготы для детей-инвалидов. Семьи, имеющие детей-инвалидов, нуждающиеся в улучшении жилищных условий, обеспечиваются жильем в первоочередном порядке.

При определенных заболеваниях, перечень которых утвержден Правительством РФ, на детей-инвалидов предоставляется дополнительная жилищная площадь в виде отдельной комнаты.

Специальными федеральными законами установлены особые льготы и социальная помощь детям и семьям с детьми, пострадавшими вследствие аварии на Чернобыльской АЭС, на производственном объединении «Маяк» и подвергшихся радиационному воздействию на Семипалатинском полигоне, а также детям, зараженным вирусом иммунодефицита человека или больных СПИДом.

Для этих детей предусмотрено бесплатное санаторно-курортное лечение, ежемесячное денежное пособие, бесплатное ежегодное пребывание в оздоровительных лагерях, а в случае невозможности получения соответствующей путевки - денежная компенсация в размере ее средней стоимости. Установлены повышенные пенсии детям-инвалидам этой категории.

В целом принимаемые меры по улучшению здоровья детей не обеспечивают заметных результатов по многим причинам. Коммерциализация здравоохранения перекладывает значительную долю расходов по реализации права ребенка на сохранение и укрепление здоровья на семью.

Вместе с тем у многих семей ограничены возможности пользования медицинскими услугами, санаторно-курортным лечением, оздоровительным отдыхом, занятиями физкультурой и спортом. Они занимают незначительное место в структуре потребительских расходов низкодоходных хозяйств, так как почти все средства уходят на покупку продуктов питания. За последние 10 лет по показателям питания на душу населения России опустилась на 50-е место в мире.

Несмотря на усилия Минздрава РФ и добросовестность медицинских работников, современная Россия не в состоянии обеспечить выполнение права ребенка на сохранение и укрепление здоровья и должна иметь мужество в этом признаться. Стремительно ухудшающееся состояние здоровья детей - проблема, соединяющая в себе элементы экономики, демографии, культуры, образования, которая беспокоит и вызывает объективную тревогу всего общества, всех его социальных институтов, включая прежде всего российскую семью.

Одна из важнейших и приоритетных задач настоящего времени - безотлагательное создание необходимых условий и мер для выживания и сохранения здоровья подрастающего поколения.

Право на образование.

Право на образование относится к существенным правам человека и гарантируется обществом, ибо образование охватывает не только познавательные потребности, но и физическое, социальное, эмоциональное,

этическое и духовное развитие детей, что соответствует их интересам и учитывает уникальные способности и потребности каждого ребенка.

Это отражено в основных положениях Конституции РФ и Законе РФ «Об образовании», гарантирующих получение обязательного начального образования, право на получение среднего и высшего образования.

В законе РФ «Об образовании» сказано о правовом обеспечении действующих в настоящее время форм получения образования и типах образовательных учреждений, о порядке приема в них и о содержании получаемого образования. Наряду с положениями о гарантированном государственном бесплатном образовании в Законе прописаны правовые нормы для дополнительных платных образовательных услуг, а также платных негосударственных образовательных учреждений, о порядке платы за содержание детей в дошкольных учреждениях, в частности, об освобождении от платы родителей с недостатками в физическом и умственном развитии и нескольких других категорий.

Имеются также нормативные акты о порядке выплаты стипендий и оказания социальной поддержки студентам образовательных учреждений высшего и среднего профессионального образования в других формах (в том числе о льготном обеспечении стипендиями детей-сирот, детей-инвалидов, пострадавших в результате аварии на Чернобыльской АЭС и во время других радиационных катастроф), о порядке воспитания и обучения детей-инвалидов на дому и в

негосударственных образовательных учреждениях, о компенсации затрат родителей на эти цели. Есть и нормативные акты об отдельных льготах учащимся из многодетных семей (бесплатный проезд на транспорте, бесплатное питание в общеобразовательной школе, профучилище и некоторые другие), об устройстве на учебу детей-беженцев и вынужденных переселенцев.

В основах законодательства РФ о культуре прописано право каждого человека без ограничения на гуманитарное и художественное образование, в Основах законодательства РФ о физической культуре и спорте - право детей-сирот и инвалидов на бесплатное предоставление физкультурно-спортивных услуг.

В Конституции РФ о праве детей на образование, воспитание и культуру сказано в статьях 26,43,44.

По официальным статистическим данным, в 2002 учебном году в России работало 64,4 тыс. государственных общеобразовательных учреждений с числом обучающихся 20,0 млн детей. В этом же учебном году из общего количества школ в стране в сельской местности работало 46,4 тыс. государственных школ (на 647 меньше, чем год назад) с числом учащихся 6465,1 тыс. чел., т.е. в среднем в каждой сельской школе обучалось 14 чел. Многие дети не посещают школу из-за невозможности до нее добраться - ездить надо за несколько километров, а транспорта нет, из-за того, что не на что купить учебники и тетради, не во что одеться. Нет учащихся - нет зарплаты у сельских учителей, здания школ ветшают, разваливаются...

В стране работает 7327 государственных гимназий и 622 лицея, в которых обучаются соответственно 13,1% детей. Развивается сеть национальных школ, а также школ, обучающихся национальным языкам как предмету (соответственно 65,9 тыс. учащихся (0,3%)) от общеобразовательных школ. Число изучаемых языков - 81. Однако необходимо отметить, нарушение права русских и русскоязычных детей на изучение родного для них языка при закрытии русских школ в ряде стран СНГ.

Все эти данные взяты из официального доклада о положении детей в России за 2002 г. Заметим, кстати, что в большинстве государственных докладов к числу основных показателей несовершенства государственной социальной политики относятся серьезные недостатки в деятельности образовательных учреждений.

Из доклада в доклад переходят данные о росте числа детей, которые никогда не учились и даже не были зачислены в школу. Фиксируется появление в российском обществе слоя безграмотных людей, отмечаются грубые нарушения прав учащихся, приводятся конкретные данные. В настоящее время многие из этих проблем решаются в рамках Национального проекта «Образование»

Права детей в области семейных отношений.

О правах в области семейных отношений в Конвенции о правах ребенка ООН сказано в статьях в 3, 5, 9, 18, 17.

В этом разделе речь идет о правах детей в семье, связанных прежде всего с родительскими обязанностями и правами в отношении детей. Эти вопросы довольно подробно регулируются Семейным кодексом РФ. Специальные главы

Кодекса посвящены правам и обязанностям родителей по воспитанию детей, по их материальному содержанию. Предусматривается возможность лишения родительских прав в случае злоупотребления ими.

Подробно изложены правила установления и признания отцовства в отношении внебрачных детей, алиментные обязанности родителей и других членов семьи, отчима, мачехи, порядок уплаты и взыскания алиментов на детей. Специальная глава Кодекса посвящена правам несовершеннолетних.

Помимо Семейного кодекса права детей как членов семьи — имущественные, жилищные — предусмотрены соответственно в Гражданском и Жилищном кодексах Российской Федерации, а также в нормативных актах, связанных с приватизацией жилищного фонда. Они гарантируют детям права на жилую площадь, где они проживают совместно с родителями. Имеются также нормы Гражданского процессуального кодекса РФ об особенностях рассмотрения в суде дел, связанных с защитой имущественных прав несовершеннолетних. Эти права в суде защищают их родители, опекуны и другие законные представители. Речь также идет об особенностях рассмотрения дел о взыскании алиментов: в частности, обеспечиваются дополнительные гарантии истцов по этим делам как при рассмотрении в суде, так и при исполнении судебных решений.

Наиболее важными законодательными актами в этой сфере прав детей являются:

- Семейный кодекс РФ;
- Федеральный закон Российской Федерации от 15.11.1997 г. № 143-ФЗ «Об актах гражданского состояния»;
- Гражданский кодекс РФ;
- Жилищный кодекс РСФСР;
- Федеральный закон РФ от 19.05.1995 г. № 81-ФЗ «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей»;
- Указ Президента РФ от 05.05.1992 г. № 431 «О мерах по социальной поддержке многодетных семей»;
- Указ Президента РФ от 23.02.1995 г. № 198 «О компенсационных выплатах семьям с детьми, обучающимся и другим категориям лиц».

Общие права несовершеннолетних детей.

Общим правом несовершеннолетних посвящены статьи 31, 54-60 Конвенции о правах ребенка.

Статья 54. Право ребенка жить и воспитываться в семье.

Статья 55. Право ребенка на общение с родителями и другими родственниками.

Статья 60. Имущественные права ребенка.

Достаточно важным в области охраны прав несовершеннолетних является Федеральный закон «Об актах гражданского состояния» от 15.11.1997 г., в котором имеются статьи о государственной регистрации, рождении, порядке внесения сведений о родителях и запись акта о рождении ребенка или регистрации найденного (подкинутого) ребенка, свидетельство о рождении, акт об усынов-

лении ребенка и выдачи свидетельства об этом, обеспечении тайны усыновления, регистрации отцовства, перемена имени и т.д.

Общая оценка положения детей современной России исходит из данных официальных государственных докладов о положении детей в Российской Федерации, «Заключительных замечаний» Комитета ООН по правам ребенка по отчету России о ходе реализации Конвенции о правах ребенка. На этом основании можно сделать вывод: несмотря на многочисленные указы Президента РФ, законодательные и нормативно-правовые акты, проекты и программы по детской проблематике, принятые за прошедшее десятилетие, кардинальных положительных изменений в сторону улучшения положений детей в России не произошло. К сожалению, можно с полным основанием утверждать, что прошедшее десятилетие ухудшило ситуацию с охраной и защитой прав детей и она по-прежнему вызывает обоснованную тревогу, более того, угрожает национальной безопасности РФ, что конкретно подтверждается определенными показателями. Достаточно хорошо известно и это повторяется от одного государственного документа к другому, что стратегической базой улучшения положения детей в РФ является повышение уровня жизни населения на основе модернизации экономики и развития социальной сферы страны. Правительство РФ, органы власти субъектов Федерации далеко не всегда уделяют этой задаче повышенное внимание. Хотя благодаря осуществлению последовательных мер, значительному улучшению финансирования социальной сферы и мероприятий государственной политики в интересах детей удалось добиться определенных результатов в области.

Повышение активности деятельности органов государственной власти всех уровней по выработке политики в этой сфере на новый период и принятию конкретных мер ее реализации произошло в связи с провозглашением в государствах - участниках СНГ 2001 года - Годом ребенка и подготовкой к специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН по положению детей.

Тема 6. ОСНОВЫ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА РФ ОБ ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН (2 часа)

Охрана здоровья граждан (понятие). Основные принципы охраны здоровья граждан. Законодательство Российской Федерации об охране здоровья граждан. Компетенция Российской Федерации, субъектов РФ в области охраны здоровья граждан. Право граждан Российской Федерации на охрану здоровья. Права в области охраны здоровья семьи, женщин и детей; беременных женщин и матерей; несовершеннолетних. Задачи законодательства РФ в области охраны здоровья. Основные принципы охраны здоровья. Организация охраны здоровья женщин и детей РФ

Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан (в ред. Указа Президента РФ от 24.12.1993 № 2288; Федеральных законов от 02.03.1998 № 30-ФЗ, от 20.12.1999 № 214-ФЗ, с изменениями на основе ФЗ закона от 1 декабря 2004 года № 151-ФЗ)

Руководствуясь Конституцией Российской Федерации, общепризнанными принципами и нормами международного права, признавая основополагающую

роль охраны здоровья граждан как неотъемлемого условия жизни общества и подтверждая ответственность государства за сохранение и укрепление здоровья граждан Российской Федерации, стремясь к совершенствованию правового регулирования и закрепляя приоритет прав и свобод человека и гражданина в области охраны здоровья, Верховный Совет Российской Федерации принял Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан.

Охрана здоровья граждан - это совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья (ст. 1) .

Государство гарантирует охрану здоровья каждого человека в соответствии с Конституцией Российской Федерации и иными законодательными актами Российской Федерации, Конституциями и иными законодательными актами республик в составе Российской Федерации, общепризнанными принципами и нормами международного права и международными договорами Российской Федерации.

Основными принципами охраны здоровья граждан являются:

- 1) соблюдение прав человека и гражданина в области охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- 2) приоритет профилактических мер в области охраны здоровья граждан;
- 3) доступность медико-социальной помощи;
- 4) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
- 5) ответственность органов государственной власти и управления, предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности, должностных лиц за обеспечение прав граждан в области охраны здоровья (ст. 2).

Законодательство Российской Федерации об охране здоровья граждан состоит из соответствующих положений Конституции Российской Федерации и Конституций республик в составе Российской Федерации, настоящих Основ и принимаемых в соответствии с ними других законодательных актов Российской Федерации и республик в составе Российской Федерации, а также правовых актов автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга.

Основы регулируют отношения граждан, органов государственной власти и управления, хозяйствующих субъектов, субъектов государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения в области охраны здоровья граждан.

Законодательные акты республик в составе Российской Федерации, правовые акты автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга не должны ограничивать права граждан в области охраны здоровья, установленные настоящими Основами.

Задачами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан являются:

1) определение ответственности и компетенции Российской Федерации, республик в составе Российской Федерации, автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга по вопросам охраны здоровья граждан в соответствии с Федеративным договором, а также определение ответственности и компетенции органов местного самоуправления по вопросам охраны здоровья граждан;

2) правовое регулирование в области охраны здоровья граждан деятельности предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности, а также государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения;

3) определение прав граждан, отдельных групп населения в области охраны здоровья и установление гарантий их соблюдения;

4) определение профессиональных прав, обязанностей и ответственности медицинских и фармацевтических работников, установление гарантий их социальной защиты.

Компетенция в области охраны здоровья граждан Российской Федерации, субъектов РФ и органов местного самоуправления:

- Компетенция Российской Федерации.

1) принятие и изменение федеральных законов в области охраны здоровья граждан и контроль за их исполнением;

2) защита прав и свобод человека и гражданина в области охраны здоровья;

3) установление основ федеральной государственной политики в области охраны здоровья граждан, разработка и реализация федеральных программ по развитию здравоохранения, профилактике заболеваний, оказанию медицинской помощи, медицинскому образованию населения и другим вопросам в области охраны здоровья граждан;

4) установление структуры федеральных органов управления государственной системы здравоохранения, порядка их организации и деятельности;

5) определение доли расходов на здравоохранение при формировании республиканского бюджета Российской Федерации, формирование целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан, определение налоговой политики (в том числе льгот по налогам, сборам и иным платежам в бюджет) в области охраны здоровья граждан;

6) управление федеральной государственной собственностью, используемой в области охраны здоровья граждан;

7) природопользование, охрана окружающей природной среды, обеспечение экологической безопасности;

8) организация государственной санитарно-эпидемиологической службы Российской Федерации, разработка и утверждение федеральных санитарных правил, норм и гигиенических нормативов, обеспечение государственного санитарно-эпидемиологического надзора;

9) организация системы санитарной охраны территории Российской Федерации;

10) реализация мер, направленных на спасение жизни людей и защиту их здоровья при чрезвычайных ситуациях, информирование населения об обстановке в зоне чрезвычайной ситуации и принимаемых мерах;

11) обеспечение единой технической политики в области фармацевтической и медицинской промышленности, утверждение государственных стандартов Российской Федерации, технических условий на продукцию медицинского назначения, организация надзора за их соблюдением;

12) сертификация (регистрация, испытание и разрешение применения) лекарственных и дезинфекционных средств, иммунобиологических препаратов и изделий медицинского назначения, сильнодействующих и ядовитых веществ, наркотических, психотропных средств, выдача лицензий на их производство, контроль за их производством, оборотом и порядком их использования; сертификация продукции, работ и услуг; выдача разрешений на применение новых медицинских технологий;

13) установление единой федеральной системы статистического учета и отчетности в области охраны здоровья граждан;

14) разработка единых критериев и федеральных программ подготовки медицинских и фармацевтических работников, определение номенклатуры специальностей в здравоохранении; установление основных льгот медицинским и фармацевтическим работникам;

15) установление стандартов качества медицинской помощи и контроль за их соблюдением; разработка и утверждение программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, включающей в себя базовую программу обязательного медицинского страхования; установление страхового тарифа взносов на обязательное медицинское страхование граждан Российской Федерации; установление льгот отдельным группам населения в оказании медико-социальной помощи и лекарственном обеспечении;

16) координация деятельности органов государственной власти и управления, хозяйствующих субъектов, субъектов государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения в области охраны здоровья граждан; охрана семьи, материнства, отцовства и детства;

17) установление порядка производства медицинской экспертизы;

18) установление порядка лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности;

19) установление порядка создания и деятельности комитетов (комиссий) по вопросам этики в области охраны здоровья граждан;

20) координация научных исследований, финансирование федеральных программ научных исследований в области охраны здоровья граждан;

21) международное сотрудничество Российской Федерации и заключение международных договоров Российской Федерации в области охраны здоровья граждан; Компетенция республик в составе Российской Федерации.

- компетенция республик в составе Российской Федерации в вопросах охраны здоровья граждан:

1) принятие законодательных и иных правовых актов, контроль за соблюдением федерального законодательства, законодательная инициатива в области охраны здоровья граждан;

2) защита прав и свобод человека и гражданина в области охраны здоровья;

3) осуществление федеральной государственной политики в области охраны здоровья граждан; определение основ государственной политики республик в составе Российской Федерации в области охраны здоровья граждан; реализация федеральных программ по развитию здравоохранения; разработка и реализация республиканских программ по развитию здравоохранения, профилактике заболеваний, оказанию медицинской помощи, медицинскому образованию населения и другим вопросам в области охраны здоровья граждан;

4) установление структуры органов управления государственной системы здравоохранения республик в составе Российской Федерации, порядка их организации и деятельности; развитие сети учреждений государственной системы здравоохранения республик в составе Российской Федерации; материально-техническое обеспечение предприятий, учреждений и организаций государственной системы здравоохранения, контроль за соблюдением стандартов качества медицинской помощи;

5) определение доли расходов на здравоохранение при формировании республиканского бюджета республик в составе Российской Федерации, формирование целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан; разработка и утверждение территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, включающих в себя территориальные программы обязательного медицинского страхования; установление дополнительных льгот отдельным группам населения в оказании медико-социальной помощи и лекарственном обеспечении;

6) предоставление льгот по налогам, сборам и иным платежам в бюджет в установленном порядке для предприятий, учреждений и организаций, деятельность которых направлена на охрану здоровья граждан;

7) природопользование, охрана окружающей природной среды, обеспечение экологической безопасности;

8) защита исконной среды обитания и традиционного образа жизни малочисленных этнических общностей;

9) обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия и условий для осуществления государственного санитарно-эпидемиологического надзора на территориях республик в составе Российской Федерации; выявление в этих целях факторов, неблагоприятно влияющих на здоровье граждан, информирование о них населения и проведение мероприятий по их устранению, осуществление профилактических, санитарно-гигиенических, противоэпидемических и природоохранных мер;

10) координация деятельности органов государственной власти и управления, хозяйствующих субъектов, субъектов государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения в области охраны здоровья граждан; охрана

семьи, материнства, отцовства и детства, санитарно-гигиеническое образование населения;

11) реализация мер, направленных на спасение жизни людей и защиту их здоровья при чрезвычайных ситуациях, информирование населения об обстановке в зоне чрезвычайной ситуации и принимаемых мерах;

12) выдача разрешений на применение на территориях республик в составе Российской Федерации новых методов профилактики, диагностики и лечения, новых медицинских технологий;

13) организация и координация деятельности по подготовке кадров в области охраны здоровья граждан, установление этим кадрам льгот дополнительно к принятым на федеральном уровне;

14) лицензирование медицинской и фармацевтической деятельности, контроль за деятельностью муниципальных лицензионных комиссий;

15) координация научных исследований, финансирование республиканских программ научных исследований в области охраны здоровья граждан;

16) регулярное информирование населения, в том числе через средства массовой информации, о распространенности социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих;

17) международное сотрудничество в области охраны здоровья граждан;

18) другие вопросы в области охраны здоровья граждан, не относящиеся к компетенции Российской Федерации.

- к ведению автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга в вопросах охраны здоровья граждан относятся:

1) принятие правовых актов, контроль за соблюдением федерального законодательства, законодательная инициатива в области охраны здоровья граждан;

2) защита прав и свобод человека и гражданина в области охраны здоровья;

3) осуществление государственной политики Российской Федерации в области охраны здоровья граждан; реализация федеральных программ по развитию здравоохранения; разработка и реализация региональных программ по развитию здравоохранения, разработка и утверждение территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, включающих в себя территориальные программы обязательного медицинского страхования, профилактике заболеваний, оказанию медицинской помощи, медицинскому образованию населения и другим вопросам в области охраны здоровья граждан;

4) формирование органов управления государственной системы здравоохранения автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, развитие сети учреждений государственной и муниципальной систем здравоохранения, а также учреждений системы социальной защиты населения; материально-техническое обеспечение предприятий, учреждений и организаций государственной системы здравоохранения; контроль за соблюдением стандартов качества медицинской помощи;

5) определение доли расходов на здравоохранение при формировании собственного бюджета, формирование целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан; финансирование и обеспечение развития первичной медико-санитарной помощи, других видов медицинской и лекарственной помощи; осуществление мер по медицинскому страхованию граждан; установление дополнительных льгот отдельным группам населения в оказании медико-социальной помощи и лекарственном обеспечении;

6) предоставление льгот по налогам, сборам и иным платежам в бюджет в установленном порядке для предприятий, учреждений и организаций, деятельность которых направлена на охрану здоровья граждан;

7) координация деятельности органов государственной власти и управления, хозяйствующих субъектов, субъектов государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения в области охраны здоровья граждан;

8) защита исконной среды обитания и традиционного образа жизни малочисленных этнических общностей;

9) природопользование, охрана окружающей природной среды, обеспечение экологической безопасности;

10) обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия и условий для осуществления государственного санитарно-эпидемиологического надзора на подведомственной территории; выявление факторов, неблагоприятно влияющих на здоровье граждан, информирование о них населения и проведение мероприятий по их устранению, осуществление профилактических, санитарно-гигиенических, противозидемических и природоохранных мер;

11) охрана семьи, материнства, отцовства и детства; санитарно-гигиеническое образование населения;

12) реализация мер, направленных на спасение жизни людей и защиту их здоровья при чрезвычайных ситуациях, информирование населения об обстановке в зоне чрезвычайной ситуации и принимаемых мерах;

13) лицензирование медицинской и фармацевтической деятельности, контроль за деятельностью муниципальных лицензионных комиссий;

14) организация и координация деятельности по подготовке кадров в области охраны здоровья граждан;

15) регулярное информирование населения, в том числе через средства массовой информации, о распространенности социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих;

16) международное сотрудничество в области охраны здоровья граждан;

17) другие вопросы в области охраны здоровья граждан, не относящиеся к компетенции Российской Федерации.

- к ведению органов местного самоуправления в вопросах охраны здоровья граждан относятся:

1) контроль за соблюдением законодательства в области охраны здоровья граждан;

2) защита прав и свобод человека и гражданина в области охраны здоровья;

3) формирование органов управления муниципальной системы здравоохранения; развитие сети учреждений муниципальной системы здравоохранения, определение характера и объема их деятельности; создание условий для развития частной системы здравоохранения; организация первичной медико-санитарной, других видов медико-социальной помощи, обеспечение ее доступности, контроль за соблюдением стандартов качества медицинской помощи, обеспечение граждан лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения на подведомственной территории;

4) формирование собственного бюджета в части расходов на здравоохранение;

5) обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения и условий для осуществления государственного санитарно-эпидемиологического надзора на подведомственной территории; выявление факторов, неблагоприятно влияющих на здоровье граждан, информирование о них населения и проведение мероприятий по их устранению, осуществление профилактических, санитарно-гигиенических, противоэпидемических и природоохранных мер;

6) координация и контроль деятельности предприятий, учреждений и организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения в пределах своих полномочий, контроль за качеством оказываемой медико-социальной помощи в частной системе здравоохранения;

7) формирование целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан; осуществление мер по обязательному медицинскому страхованию граждан;

8) лицензирование медицинской и фармацевтической деятельности на подведомственной территории по поручению органа государственного управления соответствующего субъекта Российской Федерации;

9) охрана окружающей природной среды и обеспечение экологической безопасности; ликвидация последствий катастроф и стихийных бедствий;

10) создание и обеспечение деятельности учреждений для проведения реабилитации инвалидов и лиц, страдающих психическими расстройствами, организация их обучения, профессиональной переподготовки и трудового устройства, создание специализированных предприятий, цехов и иных форм организации производства для этих групп населения, а также специальных учреждений для неизлечимо больных пациентов;

11) регулярное информирование населения, в том числе через средства массовой информации, о распространенности социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих;

12) реализация мер по охране семьи, материнства, отцовства и детства; санитарно-гигиеническое образование населения.

К полномочиям высших органов государственной власти и управления Российской Федерации в области охраны здоровья граждан относятся:

Верховный Совет Российской Федерации определяет основные направления федеральной государственной политики в области охраны здоровья граждан, принимает закон и утверждает федеральные программы по вопросам охраны здоровья граждан; утверждает республиканский бюджет Российской

Федерации, в том числе в части расходов на здравоохранение, и контролирует его исполнение.

Президент Российской Федерации руководит реализацией федеральной государственной политики в области охраны здоровья граждан.

Правительство Российской Федерации осуществляет федеральную государственную политику в области охраны здоровья граждан, разрабатывает, утверждает и финансирует федеральные программы по развитию здравоохранения; в пределах, предусмотренных законодательством, координирует в области охраны здоровья граждан деятельность органов государственного управления, а также предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности.

Источниками финансирования охраны здоровья граждан являются:

- 1) средства бюджетов всех уровней;
- 2) средства, направляемые на обязательное и добровольное медицинское страхование в соответствии с Законом Российской Федерации "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации";
- 3) средства целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан;
- 4) средства государственных и муниципальных предприятий, организаций и других хозяйствующих субъектов, общественных объединений;
- 5) доходы от ценных бумаг;
- 6) кредиты банков и других кредиторов;
- 7) безвозмездные и (или) благотворительные взносы и пожертвования;
- 8) иные источники, не запрещенные законодательством Российской Федерации.

Право граждан Российской Федерации на охрану здоровья.

Граждане Российской Федерации обладают неотъемлемым правом на охрану здоровья. Это право обеспечивается охраной окружающей природной среды, созданием благоприятных условий труда, быта, отдыха, воспитания и обучения граждан, производством и реализацией доброкачественных продуктов питания, а также предоставлением населению доступной медико-социальной помощи.

Государство обеспечивает гражданам охрану здоровья независимо от пола, расы, национальности, языка, социального происхождения, должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств.

Государство гарантирует гражданам защиту от любых форм дискриминации, обусловленной наличием у них каких-либо заболеваний. Лица, виновные в нарушении этого положения, несут установленную законом ответственность.

Гражданам Российской Федерации, находящимся за ее пределами, гарантируется право на охрану здоровья в соответствии с международными договорами Российской Федерации (ст. 17).

Права семьи, женщин и детей (ст. 22-24).

Права семьи. Государство берет на себя заботу об охране здоровья членов семьи. Каждый гражданин имеет право по медицинским показаниям на бес-

платные консультации по вопросам планирования семьи, наличия социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, по медико-психологическим аспектам семейно-брачных отношений, а также на медико-гигиенические, другие консультации и обследования в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения с целью предупреждения возможных наследственных заболеваний у потомства.

Семья по договоренности всех ее совместно проживающих совершеннолетних членов имеет право на выбор семейного врача, который обеспечивает ей медицинскую помощь по месту жительства.

Семьи, имеющие детей (в первую очередь неполные, воспитывающие детей-инвалидов и детей, оставшихся без попечения родителей), имеют право на льготы в области охраны здоровья граждан, установленные законодательством. Одному из родителей или иному члену семьи по усмотрению родителей предоставляется право в интересах лечения ребенка находиться вместе с ним в больничном учреждении в течение всего времени его пребывания независимо от возраста ребенка.

Лицу, находящемуся вместе с ребенком в больничном учреждении государственной или муниципальной системы здравоохранения, выдается листок нетрудоспособности.

Пособие при карантине, по уходу за больным ребенком в возрасте до семи лет выплачивается одному из родителей (иному законному представителю) или иному члену семьи за весь период карантина, амбулаторного лечения или совместного пребывания с ребенком в больничном учреждении, а пособие по уходу за больным ребенком в возрасте старше семи лет выплачивается за период не более 15 дней, если по медицинскому заключению не требуется большего срока.

Права беременных женщин и матерей.

Государство обеспечивает беременным женщинам право на работу в условиях, отвечающих их физиологическим особенностям и состоянию здоровья. Каждая женщина в период беременности, во время и после родов обеспечивается специализированной медицинской помощью в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения за счет средств целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан, а также за счет иных источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации.

Женщины во время беременности и в связи с рождением ребенка, а также во время ухода за больными детьми в возрасте до 15 лет имеют право на получение пособия и оплачиваемого отпуска в установленном законом порядке.

Гарантированная продолжительность оплачиваемого отпуска по беременности и родам определяется законодательством Российской Федерации. Продолжительность отпуска может быть увеличена в соответствии с законодательными актами субъектов РФ.

Государство гарантирует беременным женщинам, кормящим матерям, а также детям в возрасте до трех лет полноценное питание, в том числе в случае необходимости обеспечение их продуктами через специальные пункты питания и магазины по заключению врачей в соответствии с порядком, устанавливаемым

мым Правительством Российской Федерации, правительствами республик в составе Российской Федерации.

Права несовершеннолетних.

В интересах охраны здоровья несовершеннолетние имеют право на:

1) диспансерное наблюдение и лечение в детской и подростковой службах в порядке, устанавливаемом Министерством здравоохранения Российской Федерации, министерствами здравоохранения республик в составе Российской Федерации;

2) медико-социальную помощь и питание на льготных условиях, устанавливаемых Правительством Российской Федерации, за счет средств бюджетов всех уровней;

3) санитарно-гигиеническое образование, на обучение и труд в условиях, отвечающих их физиологическим особенностям и состоянию здоровья и исключающих воздействие на них неблагоприятных факторов;

4) бесплатную медицинскую консультацию за счет средств бюджетов всех уровней при определении профессиональной пригодности;

5) получение необходимой информации о состоянии здоровья в доступной для них форме.

Несовершеннолетние - больные наркоманией в возрасте старше 16 лет, иные несовершеннолетние в возрасте старше 15 лет имеют право на добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство или на отказ от него в соответствии со статьями 32, 33, 34 настоящих Основ.

Несовершеннолетние с недостатками физического или психического развития по заявлению родителей или лиц, их заменяющих, могут содержаться в учреждениях системы социальной защиты за счет средств бюджетов всех уровней, благотворительных и иных фондов, а также за счет средств родителей или лиц, их заменяющих.

Тема 7. ПРАВА ГРАЖДАН ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ (2 часа)

Законодательная основа. Права пациента. Право граждан на информацию о состоянии здоровья. Право на отказ от медицинского вмешательства. Оказание медицинской помощи без согласия граждан.

Права граждан при оказании медико-социальной помощи отражены в Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан (указа Президента РФ от 24.12.1993 № 2288 с дополнениями и изменениями);

При обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право на:

1) уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;

2) выбор врача, в том числе семейного и лечащего врача, с учетом его согласия, а также выбор лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования;

3) обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;

4) проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов;

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

6) сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении, в соответствии со статьей 61 настоящих Основ;

7) информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в соответствии со статьей 32 настоящих Основ;

8) отказ от медицинского вмешательства в соответствии со статьей 33 настоящих Основ;

9) получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья в соответствии со статьей 31 настоящих Основ, а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;

10) получение медицинских и иных услуг в рамках программ добровольного медицинского страхования;

11) возмещение ущерба в соответствии со статьей 68 настоящих Основ в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи;

12) допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав;

13) допуск к нему священнослужителя, а в больничном учреждении на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок больничного учреждения.

В случае нарушения прав пациента он может обращаться с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу лечебно-профилактического учреждения, в котором ему оказывается медицинская помощь, в соответствующие профессиональные медицинские ассоциации и лицензионные комиссии либо в суд.

Каждый гражданин имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

Информация о состоянии здоровья гражданина предоставляется ему, а в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, - их законным представителям лечащим врачом, заведующим отделением лечебно-профилактического учреждения или другими специалистами, принимающими непосредственное участие в обследовании и лечении.

Информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена гражданину против его воли. В случаях неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме гражданину и членам

его семьи, если гражданин не запретил сообщать им об этом и (или) не назначил лицо, которому должна быть передана такая информация.

Гражданин имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать консультации по ней у других специалистов. По требованию гражданина ему предоставляются копии медицинских документов, отражающих состояние его здоровья, если в них не затрагиваются интересы третьей стороны.

Информация, содержащаяся в медицинских документах гражданина, составляет врачебную тайну и может предоставляться без согласия гражданина только по основаниям, предусмотренным статьей 61 настоящих Основ.

Согласие на медицинское вмешательство.

Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения.

Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители после сообщения им сведений, предусмотренных частью первой статьи 31 настоящих Основ. При отсутствии законных представителей решение о медицинском вмешательстве принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения и законных представителей.

Отказ от медицинского вмешательства.

Гражданин или его законный представитель имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных статьей 34 настоящих Основ.

При отказе от медицинского вмешательства гражданину или его законному представителю в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается гражданином либо его законным представителем, а также медицинским работником.

При отказе родителей или иных законных представителей лица, не достигшего возраста 15 лет, либо законных представителей лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, от медицинской помощи, необходимой для спасения жизни указанных лиц, больничное учреждение имеет право обратиться в суд для защиты интересов этих лиц.

Оказание медицинской помощи (медицинское освидетельствование, госпитализация, наблюдение и изоляция) без согласия граждан или их законных представителей допускается в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, лиц, страдающих тяжелыми

психическими расстройствами, или лиц, совершивших общественно опасные деяния, на основаниях и в порядке, установленных законодательством Российской Федерации.

Решение о проведении медицинского освидетельствования и наблюдения граждан без их согласия или согласия их законных представителей принимается врачом (консилиумом), а решение о госпитализации граждан без их согласия или согласия их законных представителей - судом.

Оказание медицинской помощи без согласия граждан или согласия их законных представителей, связанное с проведением противоэпидемических мероприятий, регламентируется санитарным законодательством.

Освидетельствование и госпитализация лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, проводятся без их согласия в порядке, устанавливаемом Законом Российской Федерации "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании".

В отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния, могут быть применены принудительные меры медицинского характера на основаниях и в порядке, установленных законодательством Российской Федерации.

Пребывание граждан в больничном учреждении продолжается до исчезновения оснований, по которым проведена госпитализация без их согласия, или по решению суда.

Тема 8. ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ В СТРУКТУРЕ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА (2 часа).

Государственная политика в области планирования семьи. Планирование семьи как метод регуляции рождаемости. Охрана репродуктивного здоровья населения. Профилактики аборт и их осложнений как способ регуляции рождаемости и охраны репродуктивного здоровья.

Понятие «планирование семьи» тесно связано понятием «регулирование рождаемости». Последнее несет в себе, по меньшей мере, тройкий смысл. Чаще всего его используют для обозначения контрацепции, т.е. любых действий и методов, предотвращающих зачатие при половом сношении. В еще более узком смысле «регулирование рождаемости» понимают как применение химических или механических средств контрацепции. Однако буквально этот термин должен означать любое намеренное действие, изменяющие количество потомства. В таком понимании это и более ранние или более поздние браки, лечение бесплодия, применение контрацептивных средств, воздержание от половых контактов, а также разрешение или запрещение абортов, использование новых репродуктивных технологий.

С демографической и социологической точек зрения, трактовка данного термина в широком смысле способствует осознанию того часто упускаемого из виду факта, что в человеческом обществе рождаемость регулируется многими формами контроля. Любое общество тем или иным путем контролирует свою численность. Люди вступают в брак, как правило, через 2-15 лет после полового созревания. Это означает, что, если девушка до замужества не вступает в половые отношения или не беременеет, значительная часть ее детородного воз-

раста «не используется». Поскольку тот или иной вид регулирования рождаемости существует в любом обществе, реальный период времени, когда женщина может рожать, оказывается гораздо меньшим, чем биологический детородный период.

Государственная политика в области планирования семьи.

Широкое определение семейной политики подразумевает деятельность государства в сфере здравоохранения, образования, социальной защиты, охраны окружающей среды, занятости, налоговой политики, транспорта, строительства, жилищно-коммунальной сферы, что непосредственно или косвенным образом влияет на состояние жизни семей. Сюда же включаются меры, целью которых является поддержка семей с несовершеннолетними детьми (выплаты и пособия, налоговые льготы); обеспечение льготами работников, имеющих родительские обязанности (пособия по уходу за ребенком, больничные листы, декретный отпуск); создание системы дневного пребывания ребенка (детские сады, ясли, группы продленного дня, секции и кружки, летние лагеря); другие службы и льготы для семей с детьми в сфере социальной защиты, образования, жилищной политики, здравоохранения; законодательство, непосредственно нацеленное на семью (в том числе фиксирующее усыновление, разводы).

Негативные демографические тенденции зависят от множества факторов, но контекст предлагаемых мероприятий таков, что улучшение демографической ситуации может произойти за счет повышения уровня благосостояния семьи, благодаря получению семьей пособий и льгот, хотя, как известно, показатели материального благополучия и уровня рождаемости не напрямую и не всегда коррелируют между собой. Мировой опыт показывает, что многие страны с высоким уровнем жизни характеризуются низким уровнем рождаемости.

Меры по охране репродуктивного здоровья населения, материнства, отцовства, детства предполагают создание благоприятных условий для рождения и воспитания здоровых детей.

Совершенствование деятельности медицинских учреждений также должно способствовать созданию благоприятных условий для рождения здоровых детей.

Серьезным условием успешного проведения демографической политики является долговременность - нужно продолжительное время, чтобы сформировать и поддерживать потребность в потомстве на уровне, необходимом для обеспечения устойчивого развития населения. Необходимо совершенствование и расширение этой политики, поскольку длительно существующие меры, как правило, со временем теряют в психологическом плане свою привлекательность, стимулирующее влияние.

Методы демографической политики можно подразделить на социально-экономические, правовые и воспитательно-психологические. К социально-экономическим методам относятся повышение уровня и улучшение условий жизни семьи при ее формировании, рождении и воспитании детей. При четко выраженной демографической политике страны они направлены на стимулирование определенного числа детей в семье. Таковыми являются семейные пособия, размер которых определяется как экономическими возможностями страны, так

и тем значением, которое придается демографическим целям в системе социальных задач общества. В идеале такие пособия должны соответствовать средней величине расходов семьи на содержание ребенка. Кроме этого, широко применяются единовременные выплаты при рождении ребенка, а в некоторых странах молодоженам предоставляются целевые кредиты на приобретение жилья и домашнего имущества.

Правовые меры результативны в сочетании с социально-экономическими мерами. Большое значение имеет законодательство об охране прав матери и ребенка.

Воспитательно-психологические меры включают пропаганду через органы массовой информации преимуществ желательного для общества типа семьи, соответствующих ей стандартов демографического поведения в отношении рождаемости и охраны здоровья.

Всякая политика в области рождаемости должна включать в себя меры по стимулированию брачности и укреплению семьи в форме различного рода пособий и льгот для молодоженов, предоставление кредитов молодым семьям и др.

Концепция демографического развития РФ на период до 2015 г., утвержденная постановлением Правительства РФ от 24 сентября 2001 г., в числе других мер, направленных на стимулирование рождаемости и укрепление семьи, называет повышение материального благосостояния, уровня и качества жизни семьи, создание благоприятных условий для рождения, содержания и воспитания нескольких детей. Это может быть обеспечено, в том числе за счет совершенствования системы выплаты пособий гражданам, имеющим детей: повышения их размеров и обеспечения адресности.

Права беременных женщин и матерей, имеющих малолетних детей, тоже охватываются системой охраны репродуктивного здоровья. В этом плане важно отметить введение в целях стимулирования ранней диспансеризации беременных женщин, способствующей своевременному выявлению патологии в развитии беременности и более успешному лечению, единовременного пособия для женщин, вставших на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности (до 12 недель). Это пособие выплачивается дополнительно к пособию по беременности и родам.

Пособие по беременности и родам по своему целевому назначению аналогично пособию по временной нетрудоспособности, т. к. оно по сути дела возмещает утраченный в связи с беременностью заработок, стипендию, денежное довольствие или иной трудовой доход. Вместе с тем пособия по беременности и родам имеют ряд особенностей. Беременность и роды, хотя и влекут временную нетрудоспособность, не относятся к числу заболеваний, поскольку представляют собой нормальные физиологические функции женского организма, в законодательстве они рассматриваются как самостоятельное основание для предоставления иного пособия. С юридической точки зрения беременность, роды, послеродовое состояние и необходимость ухода за новорожденным влекут предоставление женщине специального отпуска, а временная нетрудоспособность предполагает лишь освобождение от работы. Все это говорит о

том, что здесь мы имеем дело не с одним видом обеспечения, а с двумя самостоятельными пособиями.

Женщины, подлежащие государственному социальному страхованию, для назначения пособий по беременности и родам предъявляют листок нетрудоспособности. Листок нетрудоспособности в данном случае выдается акушером-гинекологом, а при его отсутствии — врачом, ведущим общий прием. При операции «подсадка эмбриона» листок выдается оперирующим врачом на период с момента госпитализации до установления факта беременности.

Концепция улучшения положения женщин в Российской Федерации, утвержденная постановлением Правительства РФ от 8 января 1996 г., предусматривает необходимость обеспечения минимального уровня потребления продуктов питания, в том числе для беременных и кормящих матерей, по доступным ценам, а также реализации льгот, предусмотренных законодательством о труде.

Предоставление социальных гарантий и льгот беременным женщинам и женщинам, имеющим детей, является лишь одним из элементов государственной системы регулирования рождаемости. Не менее важен вопрос о предохранении от нежелательной беременности. В этом плане необходимо обеспечить не только бесплатные консультации по вопросам планирования семьи, но и доступность современных высокоэффективных контрацептивов.

Помимо применения современных противозачаточных средств для реализации мер по планированию семьи и охране репродуктивного здоровья необходимо обеспечить профилактику и раннее выявление заболеваний половой сферы. Это соответствует принципу, приоритета профилактических мер, на котором должна строиться национальная система здравоохранения.

Важно также исключить вредное воздействие неблагоприятных производственных факторов, нормализовать ситуацию в области охраны труда.

Репродуктивные права граждан и гарантии их осуществления должны быть закреплены законодательно. Под репродуктивными понимаются права граждан на охрану репродуктивного здоровья и свободный выбор поведения в отношении рождения или отказа от рождения ребенка в браке или вне брака, а также на медико-социальную, информационную и консультативную помощь, обеспечивающую этот выбор. В числе репродуктивных прав предусматривается право мужчин на отложенное родительство, если их профессиональная деятельность или выполнение воинской обязанности сопряжены с риском утраты репродуктивного здоровья. Право на отложенное родительство обеспечивается возможностью помещения спермы на хранение в учреждение, имеющее лицензию на проведение искусственного оплодотворения и имплантацию эмбриона.

Планирование семьи как метод регуляции рождаемости.

Проблемы планирования семьи в России, несмотря на некоторое улучшение ситуации в последние годы, продолжают оставаться одними из самых острых в жизнедеятельности семьи. Негативность ситуации в этой сфере выражается в большом количестве аборт, недостаточной обеспеченности населения современными средствами контрацепции, низком уровне контрацептивной и сексуальной культуры населения, практически полном отсутствии полового

воспитания и образования и др. Изменить сложившееся в России положение должны службы планирования семьи, формирование системы полового воспитания и образования и в целом создание необходимых условий для обеспечения реализации репродуктивных прав граждан. Одним из путей решения проблемы регулирования деторождения, в первую очередь у женщин, может стать дальнейшее развитие практики добровольной медицинской стерилизации. Число операций по поводу стерилизации женщин в России в последние годы постоянно увеличивается (1993 г. - 11778. 1994 г. - 13799. 1995 г. - 15129). Но если сопоставить эти данные с численностью женщин репродуктивного возраста, то показатели окажутся ничтожно малы (на 1000 женщин 15-49 лет: 1993 г. - 0,32%, 1994 г. - 0,37%, 1995 г. - 0,40%). Основным методом регулирования рождаемости остается искусственное прерывание беременности.

В Российской Федерации активно формируется служба планирования семьи. В настоящее время предоставляют информацию и оказывают услуги по планированию семьи в различных регионах более 150 центров планирования семьи и репродукции человека, относящихся к системе Минздрава России.

Исследование «Аборт глазами женщины» показало, «что центры планирования семьи и репродукции человека, консультации «Брак и семья» пользуются большей популярностью у юных женщин: 2/3 несовершеннолетних и 1/4 18-19-летних из числа опрошенных обращались именно туда. Согласно данным этого исследования большинство (83%) опрошенных женщин считают необходимым проведение в соответствующих медицинских учреждениях специальных бесед по вопросам абортов и контрацепции. По результатам этого же исследования 95,2% женщин высказались против запрета на производство абортов.

Одним из важных индикаторов состояния здоровья населения является распространенность бесплодия. По данным Госкомстата России, в 1995 г. было зарегистрировано с впервые в жизни установленным диагнозом бесплодия 40830 женщин в возрасте 18 лет и старше и 9373 мужчин этой возрастной группы.

В России наблюдается рост как заболеваемости, сопутствующей беременности, так и особенно заболеваемости, осложняющей роды или послеродовый период.

Таким образом, остается острой проблема гарантии реализации репродуктивных прав граждан, особенно в части предоставления необходимой информации и услуг по планированию семьи, полового воспитания подростков и молодежи, повышения их сексуальной и контрацептивной грамотности, обеспечения средствами предупреждения нежелательной беременности, формирования цивилизованного контрацептивного поведения, обеспечения максимально безопасных условий производства операции искусственного аборта на основе современных технологий. Вызывает тревогу ухудшение репродуктивного здоровья женщин, проявляющееся в первую очередь в росте заболеваемости, предшествующей или возникшей во время беременности, и особенно заболеваний, осложняющих роды.

В связи с чрезвычайной актуальностью проблем планирования семьи в России принималась федеральная целевая программа «Планирование семьи», которая действует с 1993 г. как составная часть президентской программы «Дети России».

Программа предусматривала решение следующих задач:

- развитие службы планирования семьи, состоящей как из государственных, так и из общественных структур, обеспечение правовой основы деятельности этой службы;

- совершенствование информационного обеспечения населения по вопросам сексуального и репродуктивного поведения, широкого использования средств контрацепции;

- внедрение эффективной системы подготовки детей, подростков и молодежи к семейной жизни, их полового воспитания;

- совершенствование подготовки кадров для работы в учреждениях службы планирования семьи;

- обеспечение потребности населения в различных средствах и методах контрацепции;

- проведение специальных научных исследований в области планирования семьи. Призвана способствовать улучшению репродуктивного здоровья населения и федеральная целевая программа, входящая в программу «Дети России», - «Безопасное материнство».

Решение проблем планирования семьи требует совершенствования информационной базы по следующим направлениям;

- обеспечение большей полноты учета аборт, заболеваний репродуктивной сферы, использования средств контрацепции;

- введение системы учета аборт в негосударственной коммерческой сфере;

- расширение системы разрабатываемых статистических характеристик за счет использования дополнительной информации, содержащейся в «Медицинской карте прерывания беременности» и «Индивидуальной карты беременной и родильницы»;

- проведение социологических опросов по абортно-контрацептивному поведению, реализации репродуктивных прав и т.п. в режиме мониторинга.

Работа с мужским населением по планированию семьи. Являясь медицинской и социальной проблемой, планирование семьи находится в центре внимания акушеров-гинекологов, психологов, социологов, организаторов здравоохранения и других специалистов. Активно ведутся исследования по разработке новых методов прерывания беременности, созданию новых контрацептивных средств с оценкой их эффективности и влияния на состояние здоровья, организации медико-социальной помощи по профилактике непланируемой беременности. Изучаются вопросы репродуктивного и сексуального поведения девушек-подростков, женщин фертильного возраста.

Однако при проведении научных исследований, посвященных проблеме планирования семьи, мужское население оказалось «забытой половиной». До

сих пор отсутствуют научно обоснованные рекомендации по работе с мужчинами на различных этапах формирования семьи.

Планирование семьи - дело всей семьи, и немыслимо заставлять женщин заботиться об этом в одиночку, особенно если учесть, что некоторые контрацептивные средства могут применять только мужчины. Как правило, мнение и желание мужчин при выборе методов планирования семьи учитывают большинство женщин.

Было проведено исследование, предусматривающее разработку рекомендаций для служб планирования семьи по организации работы с мужским населением. В ходе исследования изучались характер и особенности контрацептивного поведения мужчин, степень их участия в планировании семьи, информированность по этим вопросам. Объектом исследования явились юноши-подростки и мужчины в возрасте 15-45 лет, проживающие в городах РФ.

Большинство женатых мужчин (63,2%) отметили хороший психологический климат в семье и полное взаимопонимание со своей супругой.

Характер взаимоотношений в семье во многом определяют репродуктивное поведение женщин и выбор метода планирования семьи. Поэтому можно предположить, что в случае предоставления качественной и достоверной информации по профилактике непланируемой беременности данная группа мужчин будет использовать полученные знания при формировании своей семьи.

Шесть мужчин из ста указали на наличие непрочных, конфликтных отношений в семье. По мнению ряда ученых, подобные отношения в семье, развивающиеся на почве сексуальных дисгармоний, не позволяют выбрать эффективные методы контрацепции и тем самым способствуют частым абортam. Следовательно, необходима серьезная работа по планированию семьи с данным контингентом, привлечение психологов, сексологов.

При организации работы по планированию семьи с мужским населением важно принимать во внимание возраст начала половой жизни. Анонимное анкетирование показало, что большинство мужчин сексуально активны.

Причем 36,4% начали половую жизнь в 18-19 лет, 29,1% - в 16-17 лет, 1,3% - в 14-15 лет и только 25,2% - в возрасте старше 20 лет. Таким образом, у многих мужчин «сексуальный дебют» происходит в подростковом возрасте. Сегодня среди мальчиков-подростков сексуальный опыт имеют 48% опрошенных.

Добрачные сексуальные связи одобряют 67,9% опрошенных мужчин. Однако только каждый третий отметил, что сексуальная жизнь до брака способствует более прочному брачному союзу. Характер ответов на этот вопрос зависел от возраста мужчины. Молодые мужчины до 30 лет в 42,6% случаев считали, что половая жизнь ускоряет заключение брака и делает более прочным. Мужчины старших возрастов реже отвечали на этот вопрос положительно. И лишь каждый четвертый мужчина (независимо от возраста) посчитал возможным наличие сексуального опыта у своей невесты до встречи с ним. Оптимальным возрастом вступления в брак для женщины 43,2% опрошенных мужчин называют 18-20 лет, 40,7%-21-23 года.

Исследованием установлен низкий уровень информированности мужчин о влиянии раннего начала половой жизни на здоровье. Каждый третий - а среди молодых каждый второй - не знают о вреде ранней половой жизни для себя, девушки и будущего ребенка.

Многие мужчины отрицательно относятся к вредным привычкам у девушек: курению (59,3%), употреблению спиртных напитков (81,3%). Причем особенно категорично они высказывались против вредных привычек у своих невест или жен.

Таким образом, одобряя вообще добрачные сексуальные отношения, мужчины предпочитают для создания семьи девушек, не имеющих сексуального опыта и ведущих здоровый образ жизни. Сами мужчины, включаясь в сексуальные отношения в подростковом возрасте, в добрачный период нуждаются в специальных рекомендациях по планированию семьи.

Анализ выявил особенности контрацептивного поведения мужчин в зависимости от семейного положения и стадии развития семьи.

Большинство опрошенных мужчин (81,5%) - и холостых, и состоящих в браке знают о противозачаточных средствах и знакомы с термином «контрацепция». Среди известных им контрацептивных средств 80,6% мужчин назвали презерватив. 59,9% - ВМС, 49,6% - гормональную контрацепцию. Практически никто из них не отметил физиологический метод, а также мужскую и женскую стерилизацию; очень редко называли химический метод.

Знания мужчин о современных методах контрацепции явно недостаточны. Мужчины всех возрастных групп, имеющие семьи на всех стадиях развития, плохо информированы о методах контрацепции, что ведет к неоптимальному использованию последних.

Среди опрошенных мужчин 65,2% применяют в своей интимной жизни противозачаточные средства. Причем частоты использования контрацептивов зависит от возраста мужчины, а не от его семейного положения. Так, если среди подростков доля использующих методы и средства контрацепции составила только 18%, то в других возрастных группах независимо от семейного положения и стадии развития семьи - около 80%.

Наиболее часто во всех возрастных группах используются презерватив (70,3%) и прерванный половой акт (67,6%). Каждый второй мужчина сочетает их в своей интимной жизни. Большинство опрошенных мужчин отдают предпочтение контрацептивным средствам зарубежного производства, считая их более надежными.

Каждый четвертый из опрошенных мужчин называет презерватив самым эффективным средством контрацепции, а среди подростков - каждый второй. Внутриматочную контрацепцию признают наиболее эффективной 22,7% мужчин, гормональную - 15,8%, а 9,4% - прерванный половой акт.

Среди изученной группы каждый третий мужчина (35,2%) не согласен применять противозачаточные средства. Причем доля мужчин с такой установкой в группе не состоящих в браке и находящихся на подготовительной стадии развития семьи составила более 50%.

Каждый пятый среди опрошенных выступает против применения женщиной гормональной и внутриматочной контрацепции, а среди мужчин, состоящих в браке, - 46,2%.

Только 4,9% мужчин хотели бы взять на себя решение проблемы предохранения от нежелательной беременности.

Эти данные во многом объясняют низкую эффективность работы по профилактике аборт, которая проводится в основном среди женщин и не охватывает мужское население.

Опрос показал, что значительная часть мужчин знают о вреде аборта. Однако каждый второй подросток, 60% мужчин, находящихся на подготовительной стадии развития семьи, 78% женатых, имеющих семьи на стадии созревания, не могли сказать, какие последствия имеет эта операция для женщины и ее будущего ребенка. И что особенно печально, большинство мужчин не задумываются о собственной ответственности за прерывание беременности. Этим объясняется, что 43,6% мужчин не обсуждают с женщиной вопрос о предохранении от нежелательной беременности. Среди подростков и холостых мужчин доля тех, кто не советуется с женщиной о контрацепции, выше и составляет 51,2%.

Основной целью для применения противозачаточных средств в своей интимной жизни 56,4% мужчин назвали предохранение от нежелательной беременности. 9,2% - профилактику заболеваний, передающихся половым путем, и 34,4% отметили обе цели. Среди подростков и холостых мужчин старше 20 лет доля применяющих контрацептивы с целью предохранения от заражения была в 2 раза выше (18%).

Полученные данные свидетельствуют о том, что основными источниками информации в вопросах планирования семьи для значительной части опрошенных являются друзья, знакомые и другие лица без медицинского образования, а также популярная литература. Большинство мужчин (87,9%) указали на отсутствие сексуального воспитания в семье и школе.

Важно отметить, что большинство опрошенных понимают необходимость дополнительной подготовки по проблеме планирования семьи. Причем каждый второй хотел бы получать такую информацию в центрах планирования семьи, каждый третий - в учебных заведениях, а остальные - в клубах армии. Среди предпочтительных источников информации подростки назвали специальную литературу, лекции и беседы в учебных заведениях; мужчины на подготовительной стадии развития семьи - специальную литературу и консультации специалистов центров планирования семьи. Женатые мужчины, имеющие семьи на стадиях эволюции и созревания, отдали предпочтение индивидуальным консультациям специалистов центров планирования семьи и других лечебно-профилактических учреждений, а также специальной литературе.

Результаты исследования указывают на необходимость активного привлечения мужчин к решению проблем планирования семьи. Мероприятия по повышению контрацептивной и сексуальной культуры должны быть направлены и на мужское население.

Центры планирования семьи должны стать учреждениями, в которых мужчинам наравне с женщинами оказывается медицинская, психологическая и сексологическая помощь. За это высказались 57,1% специалистов. Каждый четвертый подчеркивал необходимость создания специализированных консультативно-диагностических центров, а 17,1% считают, что помощь в планировании семьи мужскому населению должна предоставляться в лечебно-профилактических учреждениях общей части.

Опрос акушеров-гинекологов, работающих по проблеме планирования семьи, показал, что многие из них готовы взять на себя сложную и деликатную миссию по сексуальному образованию и консультированию мужчин. Они указали на отсутствие навыков работы с мужским населением.

По мнению экспертов, в работе с мужским населением по планированию семьи должны участвовать такие специалисты, как психологи, сексологи, сексопатологи и андрологи. Причем некоторые опрошенные врачи считали желательным, чтобы это были врачи-мужчины, которым легче консультировать мужское население по вопросам, касающимся использования противозачаточных средств, техники секса, специфики сексуальных отношений. В ряде случаев эту работу могут вести акушеры-гинекологи.

Работу с мужским населением необходимо начинать в школах, медико-педагогических центрах, где мальчики получают основы сексуального образования, а затем продолжать в центрах планирования семьи и лечебно-профилактических учреждениях.

Охрана репродуктивного здоровья населения.

Охрана репродуктивного здоровья населения России при сохраняющихся негативных демографических тенденциях и депопуляции населения в последние годы стала одним из основных направлений деятельности органов управления и учреждений здравоохранения, критерием эффективности социальной политики государства.

В связи с особенностями реализации репродуктивной функции особое значение приобретают проблемы охраны репродуктивного здоровья женщин. Реализация задач по охране репродуктивного здоровья осуществлялась в соответствии с Концепцией развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации, Концепцией охраны репродуктивного здоровья населения России, Концепцией демографического развития Российской Федерации, Национальными планами действий и федеральными целевыми программами по улучшению положения и здоровья женщин и детей во взаимодействии с органами и учреждениями здравоохранения на местах, ведомствами, общественными организациями.

Основным документом, определяющим мероприятия по охране репродуктивного здоровья населения, стала разработанная в соответствии с решением Комиссии по улучшению положения женщин (27.11.98 протокол N 3) и утвержденная на совместной коллегии Минздрава России, Минтруда России и Минобразования России (11.04.2000 протокол N 7) Концепция охраны репродуктивного здоровья населения России на период 2000-2004 годы и План мероприятий по ее реализации (далее - Концепция). Целью Концепции является сохра-

нение и улучшение репродуктивного здоровья, увеличение воспроизводства населения и повышение его репродуктивного потенциала.

Задачи и направления Концепции включают комплекс мер по созданию эффективной системы охраны репродуктивного здоровья населения:

- обеспечение единой государственной политики и поддержки в этой области; совершенствование законодательной и нормативной базы;
- подготовку кадров;
- профилактику нарушений репродуктивного здоровья населения детородного возраста;
- разработку приоритетных научных направлений и целевых программ по проблеме;
- проведение информационных и образовательных мероприятий по формированию общественного мнения, объединению усилий правительственных и неправительственных организаций и учреждений в области охраны репродуктивного здоровья, создание новых подходов к гигиеническому и нравственному воспитанию и образованию детей и подростков, повышение ответственности населения за состояние своего здоровья.

Важнейшее направление Концепции по обеспечению единой государственной политики в области охраны репродуктивного здоровья населения явилось продолжением начатой в 80-е годы государственной поддержки охраны материнства и детства со значительными инвестициями в службу, а в дальнейшем в рамках реализации федеральных целевых программ "Планирование семьи" и "Безопасное материнство". Особую роль при этом сыграла программа "Планирование семьи", разработанная в соответствии с международными правовыми стандартами Минздравом России в 1991 году и вошедшая, как и программа "Безопасное материнство", в состав президентской программы "Дети России". Главными задачами этих программ определены сохранение и укрепление здоровья женщин и детей, охрана репродуктивного здоровья населения, социальная поддержка материнства и детства, профилактика и снижение аборт, материнской и младенческой заболеваемости и смертности.

Аналогичные программы были приняты и реализуются в субъектах Российской Федерации.

Ключевую роль при создании службы охраны репродуктивного здоровья выполняют центры планирования семьи и репродукции, введенные в номенклатуру лечебно - профилактических учреждений здравоохранения.

В целом чрезвычайно важная организационная работа по охране репродуктивного здоровья населения, особенно с контингентами социального риска (подростками, малообеспеченными и др.), осуществляется в субъектах Российской Федерации при взаимодействии органов и учреждений здравоохранения с органами и учреждениями социальной защиты, образования, молодежными службами, общественными организациями.

Важным направлением в комплексном подходе к охране репродуктивного здоровья с учетом отечественного опыта работы таких учреждений как центры планирования семьи и репродукции, консультации "Брак и семья" и других является взаимодействие различных специалистов (акушеров-гинекологов, уроло-

гов, андрологов, терапевтов, психологов и др.) по оказанию медицинской помощи не только женщине, но и семье в целом и сохранение государственного характера этой помощи.

В целом реализация мероприятий Концепции по охране репродуктивного здоровья населения осуществляется в соответствии со структурной реформой здравоохранения, в условиях рационализации и реструктуризации амбулаторно - поликлинической и стационарной помощи, основанной на внедрении стационарзамещающих технологий, увеличении объемов помощи в условиях дневных стационаров, обеспечении этапности оказания медицинской помощи населению, расширении объемов профилактической работы и увеличении объемов амбулаторно-поликлинической помощи. Так, доля оперативных вмешательств на женских половых органах, проведенных в дневных стационарах при амбулаторно - поликлинических учреждениях, составляет 55,5% от всех операций в дневных стационарах лечебно - профилактических учреждений.

В целях совершенствования ранней диагностики и своевременного оказания лечебно - профилактической помощи детям в настоящее время проводится Всероссийская диспансеризация детей (приказ Минздрава России от 15.03.02 N 81), по результатам которой разработаны конкретные мероприятия, направленные на улучшение охраны и укрепление здоровья детей и подростков, в том числе репродуктивного.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 03.10.2002 N 732 была утверждена в составе комплексной программы "Дети России" на 2003-2006 годы федеральная целевая подпрограмма "Здоровый ребенок", включающая мероприятия по сохранению здоровья женщин - матерей и формированию здоровья детей.

В результате совместной целенаправленной работы как на федеральном, так и на региональном уровнях имеет место улучшение основных показателей репродуктивного здоровья. Постоянно снижается материнская смертность. Только за последние 3 года абсолютное число умерших от осложнений беременности и родов женщин уменьшилось с 537 до 479, а за последние 10 лет - в 2 раза, показатель на 100 000 живорожденных снизился на 17,4% (с 44,2 в 1999 году до 36,5 в 2001 году), за последние 10 лет - на 32,3%.

Несмотря на положительную динамику основных показателей, характеризующих здоровье матери и ребенка, имеет место увеличение числа женщин с осложненным течением беременности (анемией, болезнями почек, поздним токсикозом беременности и др.). Не имеет тенденции к снижению число родов с различными осложнениями, которые являются в первую очередь следствием низкого уровня общесоматического здоровья женщин.

Остается высоким уровень гинекологической заболеваемости. Состояние и меры по улучшению гинекологической помощи в стране были подробно обсуждены на специальной коллегии Минздрава России (протокол от 24.04.2002 года N 8).

Общеизвестна взаимосвязь и влияние на репродуктивную функцию человека и, в первую очередь, женщины соматических, инфекционных, социально

значимых заболеваний, условий труда, питания, уровня жизни в целом и других факторов.

По-прежнему заслуживают внимания проблемы онкологических заболеваний репродуктивной системы у женщин, из них более половины приходится на долю рака молочной железы. Важным резервом снижения частоты онкологических заболеваний у женщин является профилактика, раннее выявление и лечение воспалительных, эндокринных нарушений репродуктивной системы, на фоне которых в дальнейшем развиваются злокачественные заболевания.

Поданным специальных исследований значительная распространенность урологической и урогенитальной патологии у населения, особенно у детей и подростков, требует создания системы организации медицинской помощи этим контингентам населения, внедрения эффективных технологий профилактики и лечения как на федеральном, так и на региональном уровнях.

Отрицательное влияние на репродуктивную функцию человека оказывают неблагоприятные производственные факторы. По результатам социально-гигиенического мониторинга, осуществляемого Госсанэпиднадзором Минздрава России, в различных отраслях промышленности, строительства, транспорта и связи в условиях, не отвечающих санитарно-гигиеническим требованиям и нормам, работает 13,9 млн. человек. Около 50% работающих во вредных и опасных условиях труда - женщины. Крайне неудовлетворительными остаются условия и охрана труда в сельскохозяйственном производстве, где в основном работают женщины.

Важным результатом по выполнению мероприятий Концепции является контроль за соблюдением законодательства о труде и охране труда женщин и молодежи.

В соответствии с постановлениями Правительства Российской Федерации от 25 февраля 2000 года N 162 и N 163, утвердившими новый перечень тяжелых работ и работ с вредными и опасными условиями труда, при выполнении которых запрещается применение труда женщин и лиц моложе 18 лет, в настоящее время пересматриваются Санитарные правила и нормы "Гигиенические требования к условиям труда женщин" в части охраны репродуктивного здоровья работающих.

Негативное влияние на состояние репродуктивного здоровья населения оказывают инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), уровень которых остается высоким. Неблагоприятная ситуация отмечается с распространенностью ВИЧ-инфекции, при этом среди ВИЧ-инфицированных быстро возрастает доля женщин - соотношение между мужчинами и женщинами составляет 3:1. Около 90% зараженных ВИЧ женщин находится в детородном возрасте, что обостряет проблему вертикальной передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку во время беременности и родов. По данным статистики только в 2001 году зарегистрировано 1 932 детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей. Увеличение числа больных ИППП и СПИДом происходит на фоне роста токсикомании, наркомании, алкоголизма, особенно у детей и подростков. Решение этих вопросов осуществляется в рамках Плана неотложных мероприятий по улучшению охраны здоровья детей в образовательных учреждениях, утвержденного

приказом Минздрава России и Минобразования России, Концепции профилактики злоупотребления психоактивными веществами в образовательной среде и др.

В рамках реализации Концепции осуществлялись мероприятия по стабилизации социально значимых заболеваний у населения. Приняты и реализуются ряд федеральных законов: "О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)", "О наркотических средствах и психотропных веществах", "О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации", "Об ограничении курения табака" и др. Постановлением Правительства Российской Федерации от 13.11.2001 N 790 утверждена комплексная федеральная целевая программа "Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2002-2006 годы)".

Состояние и меры по улучшению репродуктивного здоровья населения в последние годы неоднократно обсуждались на коллегии Минздрава России (протоколы: от 15.05.2001 N 9 "Состояние психического здоровья детей: проблемы, пути решения", от 21.06.2001 N 11 "Материнская и младенческая смертность в Российской Федерации - состояние и прогноз (на примере Северо-Западного федерального округа)", от 05.03.2002 N 5 "О реализации федеральной целевой программы "Безопасное материнство", от 23.04.2002 N 8 "О состоянии и мерах по улучшению гинекологической помощи в Российской Федерации", от 06.09.2002 N 14 "Совершенствование охраны здоровья детей подросткового возраста" и др.), определены многими нормативными документами, в том числе Планом действий Минздрава России по реализации Программы социально - экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу (2002-2004 г.г.), утвержденным решением коллегии Минздрава России (20.03.02 протокол N 6).

Профилактики аборт и их осложнений как способ регуляции рождаемости и охраны репродуктивного здоровья.

Прерывание беременности, или искусственный аборт, продолжает занимать неоправданно большое место в структуре методов регуляции рождаемости, а частота абортов в России остается достаточно высокой в мире. Даже если сравнивать Россию только со странами, имеющими сходный уровень рождаемости, число абортов на 100 родов в России превышает соответствующий показатель других стран в несколько раз. Несмотря на то что за последние 10 лет (1990-2003 гг.) в России как абсолютное число абортов, так и число абортов на 1000 женщин фертильного возраста сократилось вдвое, абортами по-прежнему заканчивается большая часть беременностей в России - из 10 беременностей более 6 прерываются абортами. В структуре материнской смертности аборт продолжают составлять одну из основных причин смерти. В 2002 г. в России 87 случаев искусственного прерывания беременности закончились смертью женщин.

Тревожным фактом явилось снижение удельного веса мини-абортов, как одного из менее опасных прерываний беременности.

Показатели службы планирования семьи и отношение медицинских работников к процедуре аборта и реабилитации женщин после него свидетельствуют о том, что качество оказания услуг не является должным. Так, среди перенесших процедуру аборта только 68,2% женщин когда-либо беседовали о контрацепции с медработником; в медицинском учреждении, где был произведен аборт, консультирование по вопросам контрацепции получили только 20,8% женщин. Менее половины (43,4%) женщин знали о времени восстановления фертильности после аборта; только 10% женщин метод контрацепции был предложен перед выпиской из лечебного учреждения. В то же время из мировой практики известно, что женщина, вероятнее всего, будет использовать тот метод контрацепции, который ей будет предложен непосредственно в лечебном учреждении, что не потребует дополнительных визитов для его назначения.

Необходимость проведения профилактической и реабилитационной работы определяется теми осложнениями, которые встречаются после аборта. Частота осложнений искусственного прерывания беременности, по данным российских авторов, колеблется в широких пределах: от 1,6 до 52%. Особенно значимы эти осложнения тем, что влияют в последующем на генеративную функцию женщины. Наиболее часто встречаются воспалительные заболевания органов малого таза. Нередко воспалительные процессы в органах малого таза принимают затяжное хроническое течение, являясь причиной выраженных анатомических изменений гениталий, приводящих нередко к бесплодию, невынашиванию беременности и возникновению внематочной беременности. Региональные данные показывают, что каждая шестая женщина вскоре после аборта нуждается в медицинской помощи по причине осложнений. Чаще всего это инфекционно-воспалительные заболевания гениталий, которые могут возникать как в раннем, так и в отдаленном интервале времени у 10-20% женщин; и эндокринные нарушения (в основном в отдаленные сроки) у 40-70% женщин. И те, и другие осложнения, как правило, тесно связаны между собой: даже однократно перенесенный воспалительный процесс может приводить в дальнейшем к нарушениям менструального цикла у 68,5% молодых женщин.

Самым трагичным исходом аборта, конечно же, является смерть. В связи со сложившейся социально-экономической ситуацией и сокращением социальных показаний к прерыванию беременности создается опасность учащения случаев криминального аборта.

Поиск эффективных мер профилактики абортотворения и реабилитации после производства аборта можно разделить на несколько направлений:

- выявление групп риска по производству абортотворения;
- обеспечение им консультативной помощи по методам контрацепции;
- оказание женщинам социальной и психологической помощи как до аборта, так и после него;
- проведение преабортной медикаментозной профилактики;
- лечение медицинских осложнений, включая применение медикаментозных средств, активное использование физических факторов, местной терапии;

- обеспечение индивидуальной контрацепции;
- создание системы диспансерного наблюдения за женщинами, перенесшими прерывание первой беременности.

При этом приоритетной задачей является разработка мероприятий, предупреждающих возникновение отдаленных осложнений (обострение или возникновение воспалительных заболеваний репродуктивных органов и функциональные нарушения в системе гипоталамус-гипофиз-яичники). Учитывая то, что основная часть прервавших беременность женщин заинтересована в сохранении репродуктивной функции, решение этой задачи представляется наиболее актуальной в научном и практическом плане. В группы риска должны входить:

- женщины активного репродуктивного возраста 20-30 лет, так как 70% женщин

делают аборты в репродуктивном возрасте (21-34 года), а каждая вторая женщина, имеющая аборты, моложе 24 лет.

- женщины, имеющие маленьких детей (1-1,5 года), так как 60-70% беременностей наступивших в первый год после родов, прерываются медицинским абортом;

- девочки-подростки составляют особую и самую уязвимую группу риска по прерыванию первой беременности.

В данном аспекте имеет большое значение просветительская работа. После прекращения федеральной централизованной программы финансирования, сформирована областная целевая программа "Охрана репродуктивного здоровья", включающая оплату просветительской работы по формированию сознательного материнства и отцовства, профилактики ВИЧ и ИППП и приобретение контрацептивов для подростков, имеющих сексуальный опыт (к сожалению, закупка контрацептивов финансируется только на 12% от потребности).

Разработана просветительская продукция для молодежи по основам планирования беременности и методам гормональной контрацепции.

С помощью Фонда ООН в области народонаселения планируется массовое бесплатное распространение барьерных средств контрацепции.

Реализация всех составляющих профилактики аборта и его осложнений позволяет надеяться как на снижение количества абортов, так и на сохранение репродуктивного здоровья молодых женщин.

Таким образом, можно сделать вывод, что проблемы планирования семьи в России, несмотря на некоторое улучшение ситуации в последние годы, продолжают оставаться одними из самых острых в жизнедеятельности семьи. Негативность ситуаций в этой сфере выражается в большом количестве абортов, недостаточной обеспеченности населения современными средствами контрацепции, низком уровне контрацептивной и сексуальной культуры населения, практически полном отсутствии полового воспитания и образования и др. Изменить сложившееся положение могут развитие в России службы планирования семьи, формирование системы полового воспитания и образования и в целом создание необходимых условий для обеспечения реализации репродуктивных прав граждан. В этой связи весьма актуален разрабатываемый в настоя-

щее время в Государственной Думе законопроект «О репродуктивных правах граждан и гарантиях их осуществления».

Меры по охране репродуктивного здоровья населения, материнства, отцовства и детства предполагают создание благоприятных условий для рождения и воспитания здоровых детей путем витаминизации беременных, а также обеспечения бесплатного проезда беременных из сельской местности в женскую консультацию. Совершенствование деятельности медицинских учреждений также должно способствовать созданию благоприятных условий для рождения здоровых детей.

Тема 9. ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ОТНОШЕНИЙ, СВЯЗАННЫХ БЕРЕМЕННОСТЬЮ, РОДАМИ, ИСКУССТВЕННЫМ ПРЕРЫВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ. (2 часа).

Законодательные основы охраны здоровья женщин. Ограничение использования труда беременных женщин. Отпуска, пособия в период беременности. Отпуска по уходу за ребенком. Основанием для назначения пособия по беременности и родам. Единовременное пособие при рождении ребенка. Гарантии сохранения их здоровья женщин в период беременности и воспитания детей. Правовое регулирование прерывания беременности.

Беременность - физиологический процесс развития в женском организме оплодотворенной яйцеклетки. Она начинается с момента оплодотворения созревшей в яичнике яйцеклетки сперматозоидом и продолжается в среднем в течение 10 лунных месяцев - 40 недель или 280 дней.

Роды - сложный физиологический процесс, завершающий беременность. Во время родов происходит изгнание плода и последа из полости матки через родовые пути. Физиологически роды наступают по истечении 10 акушерских (9 календарных) месяцев, когда плод становится зрелым и способен к внеутробному существованию.

Законодательством РФ в связи с физиологическими особенностями женского организма с целью сохранения здоровья женщин, в том числе репродуктивного, введен ряд ограничений использования женского труда. Так, ограничивается применение труда женщин на тяжелых работах и работах с вредными и (или) опасными условиями труда, а также на подземных работах, за исключением нефизических работ или работ по санитарному и бытовому обслуживанию.

Запрещается применение труда женщин на работах, связанных с подъемом и перемещением вручную тяжестей, превышающих предельно допустимые для них нормы.

Перечни производств, работ, профессий и должностей с вредными и (или) опасными условиями труда, на которых ограничивается применение труда женщин, и предельно допустимые нормы нагрузок для женщин при подъеме и перемещении тяжестей вручную утверждаются в порядке, установленном Правительством Российской Федерации с учетом мнения Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально - трудовых отношений (ст. 253 ТК РФ).

Еще больше ограничивается использование труда женщин во время беременности. Статьей 254 ТК РФ предусмотрено снижение нормы выработки, нормы обслуживания либо перевод на другую работу (в соответствии с медицинским заключением и по заявлению женщины), исключающую воздействие неблагоприятных производственных факторов, с сохранением среднего заработка по прежней работе. До решения вопроса о предоставлении беременной женщине другой работы, исключающей воздействие неблагоприятных производственных факторов, она подлежит освобождению от работы с сохранением среднего заработка за все пропущенные вследствие этого рабочие дни за счет средств работодателя.

При прохождении обязательного диспансерного обследования в медицинских учреждениях за беременными женщинами сохраняется средний заработок по месту работы.

Женщины, имеющие детей в возрасте до полутора лет, в случае невозможности выполнения прежней работы переводятся по их заявлению на другую работу с сохранением среднего заработка по прежней работе до достижения ребенком возраста полутора лет.

В связи с беременностью и родами предусмотрены «специальные» отпуска и пособия.

Пособие по беременности и родам введено в нашей стране одновременно с пособием по временной нетрудоспособности. Причем до начала 40-х годов беременность и роды рассматривались как один из случаев обеспечения пособием в связи с временной нетрудоспособностью. Впоследствии данная выплата по беременности и родам превратилась в самостоятельный вид пособия. Цель такого пособия — возместить утраченный заработок в связи с необходимостью прекращения женщиной трудовой деятельности в период беременности и родов, обеспечить охрану здоровья женщины-матери, восстановление ее здоровья после родов и материнский уход за ребенком в первые месяцы после его рождения. Данное пособие рассчитано на работающих женщин.

Пособие по беременности и родам женщинам, подлежащим обязательному социальному страхованию, исчисляются из средней заработной платы застрахованного лица, выплачиваемой ему работодателем, производящим выплату указанных пособий, за последние 12 календарных месяцев, предшествующих месяцу наступления временной нетрудоспособности, отпуска по беременности и родам, с учетом непрерывного трудового стажа (для пособий по временной нетрудоспособности) и других условий, установленных нормативными правовыми актами об обязательном социальном страховании.

Исчисление средней заработной платы осуществляется в порядке, установленном Правительством Российской Федерации в соответствии со статьей 139 Трудового кодекса Российской Федерации. При этом в случае повышения размера заработной платы в расчетном периоде указанное повышение учитывается с даты повышения фактически начисленной заработной платы.

Максимальный размер пособия по беременности и родам женщинам, подлежащим обязательному социальному страхованию, установленного Федеральным законом от 19 мая 1995 года № 81-ФЗ «О государственных пособиях

гражданам, имеющим детей», за полный календарный месяц не может превышать 15 000 рублей.

В районах и местностях, в которых в установленном порядке применяются районные коэффициенты к заработной плате, максимальный размер пособия по беременности и родам определяются с учетом этих коэффициентов.

Застрахованному лицу, которое в течение последних 12 календарных месяцев перед наступлением отпуска по беременности и родам проработало фактически менее трех месяцев и пособие по беременности и родам выплачивается в размере, не превышающем за полный календарный месяц минимального размера оплаты труда, установленного федеральным законом, а в районах и местностях, в которых в установленном порядке применяются районные коэффициенты к заработной плате, - минимального размера оплаты труда с учетом этих коэффициентов. В случае если застрахованное лицо в течение последних 12 календарных месяцев перед наступлением отпуска по беременности и родам работало у нескольких работодателей, при определении периода фактической работы учитывается также период (периоды) его работы у предыдущего (предыдущих) работодателя (работодателей).

Это также относится к женщинам, которые обучаются с отрывом от производства в образовательных учреждениях начального, среднего и высшего профессионального образования, а также в учреждениях послевузовского профессионального образования; проходят военную службу по контракту, службу в органах внутренних дел и некоторую иную службу; принадлежат к гражданскому персоналу воинских формирований РФ, находящихся на территории иностранных государств в случаях, предусмотренных международным договором РФ).

Помимо женщин, уволенных в связи с ликвидацией организации в течение 12 месяцев, предшествующих дню признания их безработными, право на пособие имеют женщины, уволенные по ряду причин, если срок отпуска по беременности и родам наступил в течение месяца после увольнения. К числу таких причин относится увольнение в связи с: переездом мужа на работу в другую местность или переездом к месту жительства мужа; болезнью, препятствующей продолжению работы или проживанию в данной местности (в соответствии с медицинским заключением, выданным в установленном порядке); необходимостью ухода за больным членом семьи (при наличии медицинского заключения) или инвалидом I группы.

Пособие выплачивается за весь период полагающегося отпуска по беременности и родам. Его продолжительность, согласно Федеральному закону, 70 дней до родов и 70 календарных дней после родов. В случае осложненных родов отпуск после родов составляет 86 календарных дней. При многоплодной беременности листок нетрудоспособности выдается с 28 недель беременности общей продолжительностью 194 дня (84 - до родов и 110 - после родов). При многоплодной Женщинам, постоянно проживающим (работающим) на территории, подвергшейся радиоактивному загрязнению в связи с аварией на ЧАЭС, дородовой отпуск предоставляется продолжительностью 90 календарных дней с проведением оздоровительных мероприятий за пределами территории радио-

активного заражения. Таким образом, минимальная продолжительность отпуска 140 календарных дней, а максимальная — 200 календарных дней.

Отпуск по беременности и родам исчисляется суммарно и предоставляется женщине полностью, независимо от числа дней, фактически использованных до родов. Так же выплачивается на практике и пособие за период отпуска (продолжительность отпуска по беременности и родам оговорена в ст. 255 ТК РФ).

Отпуска по уходу за ребенком

По заявлению женщины ей предоставляется отпуск по уходу за ребенком до достижения им возраста трех лет. Порядок и сроки выплаты пособия по государственному социальному страхованию в период указанного отпуска определяются федеральным законом.

Отпуска по уходу за ребенком могут быть использованы полностью или по частям также отцом ребенка, бабушкой, дедом, другим родственником или опекуном, фактически осуществляющим уход за ребенком.

По заявлению женщины или лиц, указанных в части второй настоящей статьи, во время нахождения в отпусках по уходу за ребенком они могут работать на условиях неполного рабочего времени или на дому с сохранением права на получение пособия по государственному социальному страхованию.

На период отпуска по уходу за ребенком за работником сохраняется место работы (должность).

Отпуска по уходу за ребенком засчитываются в общий и непрерывный трудовой стаж, а также в стаж работы по специальности (за исключением случаев назначения пенсии на льготных условиях) (ст. 256 ТК РФ).

Работникам, усыновившим ребенка, предоставляются отпуска по уходу за ребенком (ст. 256 ТК РФ). Женщинам, усыновившим ребенка, по их желанию вместо отпуска по уходу за ребенком предоставляется отпуск по беременности и родам на период со дня усыновления ребенка и до истечения 70 календарных дней со дня рождения ребенка, а при одновременном усыновлении двух и более детей - 110 календарных дней со дня их рождения. Основанием для предоставления женщине, усыновившей ребенка (детей), отпуска по беременности и родам является листок нетрудоспособности, который выдается в установленном порядке лечебным учреждением.

Пособие исчисляется на основе заработка (стипендии, денежного довольствия), а иногда определяется на уровне минимальной оплаты труда, который установлен федеральным законом.

В нашей стране размер пособия по беременности и родам давно составляет 100% заработка и не дифференцируется в зависимости от каких-либо обстоятельств (в отличие от пособия по временной нетрудоспособности). В других странах размер этого пособия, как правило, не достигает полного заработка и соответствует обычно уровню пособия по временной нетрудоспособности.

Женщинам, которые учатся в указанных выше учебных заведениях, пособие назначается и выплачивается в размере стипендии, установленной учебным заведением, но не ниже размера стипендии, предусмотренного федеральным законом.

Женщинам, проходящим военную службу, службу в органах внутренних дел и некоторую иную службу, пособие назначается и выплачивается в размере установленного им денежного довольствия.

Остальным женщинам, имеющим право на получение пособия, оно назначается и выплачивается в минимальном размере оплаты труда, установленном федеральным законом. О порядке определения пособия в связи с повышением минимального размера оплаты труда.

Пособие по беременности и родам назначается и выплачивается по последнему месту работы (службы), в том числе и в случаях, когда отпуск наступил после увольнения. Тем женщинам, которые уволены в связи с ликвидацией организации в течение 12 месяцев, предшествующих дню признания их безработными, назначение и выплата пособия производятся органом социальной защиты населения по месту жительства. Срок обращения за пособием — 6 месяцев со дня окончания отпуска по беременности и родам.

Основанием для назначения пособия по беременности и родам, как и пособия по временной нетрудоспособности, служит листок нетрудоспособности, а в некоторых случаях медицинская справка установленной формы (она выдается, например, женщинам, проходящим военную и приравненную к ней службу). Листок нетрудоспособности выдается, как правило, с 30 недель беременности единовременно на 140 календарных дней; при многоплодной беременности с 28 недель и на 194 дня. Если роды наступили до 30 недель беременности и рожден живой ребенок, листок нетрудоспособности выдается на 156 календарных дней, а при рождении мертвого ребенка на 86 календарных дней.

При необходимости для назначения пособия представляются иные документы, подтверждающие соответствующие обстоятельства (выписка из трудовой книжки о последнем месте работы, справка из органов занятости о признании безработной и т.д.).

Пособие выплачивается не позднее 10 дней после обращения за ним. Его выплата осуществляется за счет различных источников: женщинам, подлежащим государственному социальному страхованию, — за счет средств Фонда социального страхования; другим женщинам — за счет бюджетных ассигнований, выделяемых в установленном порядке учреждениям начального, среднего и высшего профессионального образования и учреждениям послевузовского образования на выплату стипендии или органам исполнительной власти, в которых предусмотрена военная и иная приравненная к ней служба.

Неразрывно связано с пособием по беременности и родам другое пособие — пособие женщинам, вставшим на медицинский учет в ранние сроки беременности. Это единовременное пособие. Ранние сроки — беременность до 12 недель. Цель этого пособия — стимулировать своевременное обращение беременной женщины в соответствующее медицинское учреждение, призванное наблюдать за состоянием ее здоровья в тот период, когда она готовится стать матерью. Это пособие введено сравнительно недавно, в 1995 г., и является дополнительным пособием к основному — по беременности и родам. Аналога этому пособию в других странах нет.

Право на получение этого дополнительного пособия производное: оно назначается и выплачивается всем женщинам, которые имеют право на получение пособия по беременности и родам, одновременно с основным пособием, в том же месте и за счет тех же средств. Основанием для его выплаты является справка женской консультации, другого медицинского учреждения, поставившего женщину на учет в ранние сроки беременности. Такая справка представляется обычно вместе с листком нетрудоспособности.

За пособием по беременности и родам, единовременным дополнительным пособием следует обращаться не позднее шести месяцев со дня окончания отпуска по беременности и родам.

Единовременное пособие при рождении ребенка.

Пособие при рождении ребенка — одно из первых пособий, введенных в СССР. Ранее оно выдавалось лишь работающим по найму и другим гражданам, подлежащим государственному социальному страхованию, а также обучающимся с отрывом от производства в высших, средних и некоторых других учебных заведениях. Пособие состояло из двух частей — первая его часть выплачивалась после рождения ребенка, а вторая часть, называемая пособием на кормление, постепенно, в первые месяцы жизни новорожденного. Затем пособие стало единовременным, оно выдавалось после рождения ребенка в полной сумме. Впоследствии право на получение этого пособия предоставили работающим женщинам — членам колхозов.

При этом размер пособия дифференцировался в зависимости от того, какой по счету родился ребенок: размер пособия на второго и третьего ребенка был больше, чем на первого.

Теперь единовременное пособие при рождении ребенка — это одно из социальных пособий на каждого родившегося ребенка, независимо от каких-либо условий, касающихся социального положения родителей. Такое пособие вправе получать как работающие, так и неработающие граждане.

Право на получение единовременного пособия при рождении (усыновлении ребенка в возрасте до трех месяцев) имеет один из родителей либо лицо, его заменяющее. При рождении двух или более детей пособие назначается и выплачивается на каждого ребенка (при рождении мертвого ребенка пособие не выдается).

Назначается и выплачивается пособие одному из родителей (либо лицу, его заменяющему) по месту работы (службы, учебы), а если родители не работают (не учатся), то органом социальной защиты населения по месту жительства ребенка. Срок обращения за пособием 6 месяцев со дня рождения ребенка.

Для назначения и выплаты пособия представляются следующие документы:

- заявление о назначении пособия; если оба родителя работают (служат, учатся), то к заявлению прилагается справка с места работы другого родителя о том, что пособие ему не назначалось. При назначении пособия органом социальной защиты населения к заявлению прилагаются выписки из трудовых книжек либо из других документов о последнем месте работы (службы, учебы). Они заверяются этим органом. К заявлению гражданина, замещающего роди-

телей (опекуна), прилагается выписка из решения органа местного самоуправления об установлении над ребенком опеки;

- справка о рождении ребенка, выданная органом загса. Эта справка выдается одновременно со свидетельством о рождении ребенка и служит основанием для назначения и выплаты данного пособия.

Пособие выплачивается не позднее 10 дней со дня представления всех необходимых документов. Его выплата осуществляется за счет различных источников: работающим гражданам — за счет средств Фонда социального страхования РФ; гражданам, которые обучаются с отрывом от производства в образовательных учреждениях начального, среднего и высшего профессионального образования и учреждениях послевузовского профессионального образования, — также за счет средств указанного Фонда, которые выделяются этим учреждениям Фондом; гражданам, проходящим военную и некоторую иную службу, — за счет средств федерального бюджета, выделяемых в установленном порядке федеральным органам исполнительной власти, в которых предусмотрены военная и некоторая иная служба.

С 1 января 2007 года при рождении второго и последующих детей выплачивается материнский капитал (250 тыс. рублей).

Действующим законодательством предусмотрены отпуска и пособия для работающих в связи с усыновлением ребенка

В ст. 256 ИК РФ указано, что работникам, усыновившим ребенка, предоставляется отпуск на период со дня усыновления и до истечения 70 календарных дней со дня рождения усыновленного ребенка, а при одновременном усыновлении двух и более детей - 110 календарных дней со дня их рождения.

По желанию работников, усыновивших ребенка (детей), им предоставляется отпуск по уходу за ребенком до достижения им (ими) возраста трех лет.

В случае усыновления ребенка (детей) обоими супругами указанные отпуска предоставляются одному из супругов по их усмотрению.

Женщинам, усыновившим ребенка, по их желанию вместо отпуска, указанного в части первой настоящей статьи, предоставляется отпуск по беременности и родам на период со дня усыновления ребенка и до истечения 70 календарных дней, а при одновременном усыновлении двух и более детей - 110 календарных дней со дня их рождения.

Порядок предоставления указанных отпусков, обеспечивающий сохранение тайны усыновления, устанавливается Правительством Российской Федерации.

Работающим женщинам, имеющим детей в возрасте до полутора лет, предоставляются помимо перерыва для отдыха и питания дополнительные перерывы для кормления ребенка (детей) не реже чем через каждые три часа непрерывной работы продолжительностью не менее 30 минут каждый.

При наличии у работающей женщины двух и более детей в возрасте до полутора лет продолжительность перерыва для кормления устанавливается не менее одного часа.

По заявлению женщины перерывы для кормления ребенка (детей) присоединяются к перерыву для отдыха и питания либо в суммированном виде пере-

носятся как на начало, так и на конец рабочего дня (рабочей смены) с соответствующим его (ее) сокращением.

Перерывы для кормления ребенка (детей) включаются в рабочее время и подлежат оплате в размере среднего заработка.

Женщины в период беременности, а так же воспитывающие детей пользуются рядом гарантий, направленных на сохранение их здоровья и обеспечивающих им возможности воспитания и ухода за детьми (ст. 259-264 ТК РФ):

- запрещаются направление в служебные командировки, привлечение к сверхурочной работе, работе в ночное время, выходные и нерабочие праздничные дни беременных женщин.

Направление в служебные командировки, привлечение к сверхурочной работе, работе в ночное время, выходные и нерабочие праздничные дни женщин, имеющих детей в возрасте до трех лет, допускаются только с их письменного согласия и при условии, что это не запрещено им медицинскими рекомендациями. При этом женщины, имеющие детей в возрасте до трех лет, должны быть ознакомлены в письменной форме со своим правом отказаться от направления в служебную командировку, привлечения к сверхурочной работе, работе в ночное время, выходные и нерабочие праздничные дни.

Гарантии, предусмотренные частью второй настоящей статьи, предоставляются также работникам, имеющим детей - инвалидов или инвалидов с детства до достижения ими возраста восемнадцати лет, а также работникам, осуществляющим уход за больными членами их семей в соответствии с медицинским заключением;

- перед отпуском по беременности и родам или непосредственно после него либо по окончании отпуска по уходу за ребенком женщине по ее желанию предоставляется ежегодный оплачиваемый отпуск независимо от стажа работы в данной организации.

- расторжение трудового договора по инициативе работодателя с беременными женщинами не допускается, за исключением случаев ликвидации организации.

В случае истечения срочного трудового договора в период беременности женщины работодатель обязан по ее заявлению продлить срок трудового договора до наступления у нее права на отпуск по беременности и родам.

Расторжение трудового договора с женщинами, имеющими детей в возрасте до трех лет, одинокими матерями, воспитывающими ребенка в возрасте до четырнадцати лет (ребенка - инвалида до восемнадцати лет), другими лицами, воспитывающими указанных детей без матери, по инициативе работодателя не допускается (за исключением увольнения по пункту 1, подпункту "а" пункта 3, пунктам 5 - 8, 10 и 11 статьи 81 настоящего Кодекса).

- одному из родителей (опекуну, попечителю) для ухода за детьми-инвалидами и инвалидами с детства до достижения ими возраста восемнадцати лет по его письменному заявлению предоставляются четыре дополнительных оплачиваемых выходных дня в месяц, которые могут быть использованы одним из указанных лиц либо разделены ими между собой по их усмотрению. Оплата каждого дополнительного выходного дня производится в размере и порядке, которые установлены федеральными законами.

Женщинам, работающим в сельской местности, может предоставляться по их письменному заявлению один дополнительный выходной день в месяц без сохранения заработной платы;

- работнику, имеющему двух или более детей в возрасте до четырнадцати лет, работнику, имеющему ребенка - инвалида в возрасте до восемнадцати лет, одинокой матери, воспитывающей ребенка в возрасте до четырнадцати лет, отцу, воспитывающему ребенка в возрасте до четырнадцати лет без матери, коллективным договором могут устанавливаться ежегодные дополнительные отпуска без сохранения заработной платы в удобное для них время продолжительностью до 14 календарных дней. В этом случае указанный отпуск по заявлению соответствующего работника может быть присоединен к ежегодному оплачиваемому отпуску или использован отдельно полностью либо по частям. Перенесение этого отпуска на следующий рабочий год не допускается;

- рантии и льготы, предоставляемые женщинам в связи с материнством (ограничение работы в ночное время и сверхурочных работ, привлечение к работам в выходные и нерабочие праздничные дни, направление в служебные командировки, предоставление дополнительных отпусков, установление льготных режимов труда и другие гарантии и льготы, установленные законами и иными нормативными правовыми актами), распространяются на отцов, воспитывающих детей без матери, а также на опекунов (попечителей) несовершеннолетних.

Пособие по беременности и родам, как это не покажется парадоксальным, характерно вовсе не для всех развитых стран. В США, например, оно не предусмотрено на общегосударственном уровне и введено лишь в отдельных штатах. В СССР и впоследствии в России данному виду социального обеспечения традиционно придавалось и придается ныне повышенное значение: право на отпуск по беременности и родам и получение за время такого отпуска пособия в СССР предусматривалось законом, в России такое право закреплено в Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, в Трудовом кодексе РФ, в Федеральном законе «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей». Уже многие годы всем работающим женщинам без какого-либо исключения пособие выдавалось в размере полного заработка. Следует иметь в виду, что некоторые правила, касающиеся в основном заработка, из которого исчисляется данное пособие, подсчета общей суммы причитающегося пособия, совпадают с теми, которые действуют в отношении пособия о временной нетрудоспособности. Они были установлены еще законодательством СССР.

Правовое регулирование прерывания беременности

Вопросы, связанные с планированием семьи и регулированием репродуктивной функции женщины регламентируются в нашей стране правовыми документами различного уровня. Правовые основания прерывания беременности, наряду с другими видами медицинской деятельности по планированию семьи и регулированию репродуктивной функции человека, изложены в основах законодательства РФ об охране здоровья граждан. Раздел VII "Медицинская деятельность по планированию семьи и регулированию репродуктивной функции человека" включает 3 статьи: об искусственном оплодотворении и имплантации эмбриона (35), искусственное прерывание беременности (36) и медицинская стерилизация (37). Мы остановимся на правовых проблемах искусственного о прерывания беременности, включая его незаконное производство, которые наиболее остро стоят в повседневной практике, требуя назначения судебно-медицинской экспертизы. Об актуальности вопроса свидетельствует то, что 12 Всемирный конгресс по медицинскому праву (1998) в повестку дня включал, в частности, проблему контрацепции и аборта.

Наряду с другими группами населения государство гарантирует права беременных женщин. Этому посвящена статья 23 "Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан". В ней отмечается, в частности, что беременные женщины имеют право на обеспечение специализированной медицинской помощи в государственных и муниципальных лечебных учреждениях за счет средств целевых фондов и других источников. В статье отмечаются и другие гарантии и льготы, более подробно изложенные в документах федерального значения, в правовых актах субъектов федерации. Здесь уместно упомянуть Указ Президента РФ "О первоочередных задачах государственной политики в отношении женщин"(№ 337 от 4.03.93), федеральный закон "О дополнительных мерах по охране материнства и детства" (№152 от 24.08.95).

Правовые основания прерывания беременности, наряду с другими видами медицинской деятельности по планированию семьи и регулированию репродуктивной функции человека, изложены в основах законодательства об охране здоровья граждан. Изложенные в этом законе положения соответствуют международным документам, в частности декларации Всемирной медицинской ассоциации о медицинских абортах (1983), основополагающим принципом которой является приоритетное отношение врача к человеческой жизни с момента ее зачатия. Определение отношения к аборту, говорится в декларации, лежит вне компетенции медицины, но врачи должны обеспечить защиту своим пациентам и уважать право женщины на самостоятельное решение вопроса о материнстве. Неоднозначность выбора определяется религиозными и нравственными позициями, причем любое решение требует уважения. В статье 36 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан отмечается право каждой женщины решать самостоятельно вопрос о материнстве. Искусственное прерывание беременности разрешается при сроке до 12 недель беременности, по социальным показаниям до 22 недель, а по медицинским показаниям, с учетом согласия женщины -независимо от срока беременности. Эта операция проводится в ме-

дицинских учреждениях, имеющих лицензию, врачами, получившими специальную подготовку.

Отношение к аборту, в том числе законодательное, было в нашей стране различным. В 1920 году совместным постановлением Наркомздрава и Наркомюста женщинам было разрешено бесплатно в больничных условиях делать аборт. В этом же постановлении была введена уголовная ответственность за производство криминального аборта. В 1936 году с целью повышения рождаемости постановлением СНК СССР было принято постановление "О запрещении аборт". Прерывание беременности проводилось только по медицинским показаниям, решение о которых принималось в специальных комиссиях на основании разработанного положения. Это привело к росту криминальных аборт и, как следствие, к росту смертности и нанесению вреда здоровью женщин. Учитывая это, в ноябре 1955 году Президиум Верховного Совета СССР издал Указ "Об отмене запрещения аборт", по которому прерывание беременности разрешалось в срок до 12 недель по социальным показаниям, заявленным самой женщиной. а также позже, по медицинским показаниям, когда беременность и роды составляют угрозу жизни женщины. На основании названного Указа был издан Приказ МЗ СССР (№ 258 от 29.11.55), по которому введена инструкция "О порядке проведения операции прерывания беременности".

Как указано выше, аборт в нашей стране разрешен, однако в обществе имеется разное мнение по этому поводу. В 1998 году в Государственной думе обсуждался проект закона "О правовых основах бионики и гарантиях ее обеспечения", по которому, в частности, предлагалось запретить аборты по социальным показаниям. Закон не был принят, по-видимому большая часть депутатов учла прошлый печальный опыт нашей страны, когда запрет на искусственное прерывание беременности привел к росту криминальных аборт и материнский смертности.

Социальные показания прерывания беременности регламентируется Постановлением Правительства РФ "Об утверждении перечня социальных показаний для искусственного прерывания беременности" № 567 от 8.05.96 года и Приказом МЗ РФ "О перечне социальных показаний и утверждении инструкций по искусственному прерыванию беременности" № 242 от 11.06.96г.

Вопрос о социальных показаниях для прерывания беременности решается по письменному заявлению женщины в больнице или поликлинике комиссией в составе врача-акушера, руководителя учреждения (отделения) и юриста при наличии заключения о сроке беременности, установленном врачом акушером-гинекологом и соответствующих юридических документов (свидетельства о смерти мужа, разводе и т.д.), подтверждающих социальные показания.

Беременной при установлении социальных показаний в соответствии с Инструкцией о порядке проведения операции искусственного прерывания беременности по социальным показаниям (приложение 2 приказа МЗ РФ № 242 от 11.06.96), как указано выше, операция производится в срок до 22 недель и выдается заключение с полным клиническим диагнозом, заверенным подписями членов комиссии и печатью учреждения.

Медицинские показания к прерыванию беременности определены в специальных Инструкциях "Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности" и "О порядке разрешения операции искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям" (Приказ МЗ РФ №302 от 28.12.93г.). Сюда отнесены инфекционные и паразитарные болезни, в том числе Вич-инфекция, активные формы туберкулеза; новообразования, болезни эндокринной системы, болезни крови и кроветворных органов, психические расстройства, болезни нервной системы и органов чувств, болезни органов дыхания, кровообращения, пищеварения и мочеполовой системы, а также осложнения беременности, родов и послеродового периода, состояние физиологической незрелости несовершеннолетнего и состояние угасания функции репродуктивной системы женщины старше 40 лет.

При отсутствии в перечне заболевания, которым страдает женщина и подозрении, что жизнь ее или плода подвергается опасности, вопрос может решаться индивидуально в медицинском учреждении, имеющем лицензию, комиссией. В состав ее входят акушер-гинеколог, врач той специальности, к области которой относится болезнь женщины, руководитель учреждения или зав. отделением.

В инструкции о порядке проведения операции искусственного прерывания беременности (приложение к упомянутому Приказу МЗ РФ №242) указано, что противопоказанием к этой операции являются:

- Острые и подострые воспалительные процессы женских половых органов:
- Острые воспалительные процессы любой локализации:
- Острые инфекционные заболевания.

При наличии других заболеваний вопрос решается индивидуально. За направлением женщина обращается к врачу-гинекологу женской консультации или районной (участковой) больницы. Аборт может быть проведен и не по месту жительства. Согласие на прерывание беременности для лиц, не достигших 15 лет и недееспособных дают их законные представители.

В ранние сроки (при задержке менструации от 7 до 21 дня), так называемый мини-аборт может быть выполнен вне медицинского учреждения соответствующего профиля, в амбулаторных условиях. Согласно Приказу МЗ РСФСР №757 от 5.06.87г "Об утверждении инструкции и порядке проведения операции искусственного прерывания беременности ранних сроков методом вакуум-аспирации. Противопоказаниями к этой операции являются только острые и подострые воспалительные заболевания любой локализации, а также подострые инфекционные заболевания.

Несмотря на то, что женщины в настоящее время имеют право на прерывание беременности, нередко они прибегают к нелегальному аборту, причем иногда они обращаются к лицам, не имеющим медицинского образования, знаний и условий для производства такой операции. Такое незаконное производство аборта влечет за собой уголовную ответственность, предусмотренную уголовным законодательством.

Незаконное производство аборта - преступление, совершаемое с прямым умыслом, предусмотренное УК РФ. Прерывание беременности признается незаконным, если он производится с нарушениями установленных правил, инструкций, утвержденных МЗ РФ и поэтому создает угрозу ее жизни и здоровью. При этом обязательным условием такого преступления является добровольное согласие женщины на аборт. При неблагоприятном исходе аборта, произведенного в рамках закона причиненный вред здоровью признается по неосторожности, когда врач может быть привлечен к уголовной ответственности за неосторожное причинение смерти или нанесение тяжкого или средней тяжести по социальным показаниям по заявлению вреда здоровью потерпевшей.

Незаконным признается такой аборт, который производится во внебольничных условиях, причем не имеет значения бескорыстно или за вознаграждение, в санитарных или антисанитарных условиях. Под антисанитарным понимается не только состояние помещения, но и недолжная обработка инструментов, используемых при том вмешательстве, а также ненадлежащее лечение и уход после совершения аборт. Криминальным может быть признан аборт, который производится в лечебном учреждении, но подпольно в нерабочее время, без соответствующей документации, а также прерывание беременности при наличии противопоказаний. Таким образом, не только аборт на дому, в служебном помещении, но и в медицинском учреждении, в том числе стационаре, не предусмотренном для производства операций искусственного прерывания беременности, является нарушением установленных правил. Такая строгость обусловлена тем, что только надлежащие стационарные условия уменьшают риск осложнений, а при их наступлении - (что может иметь место и в условиях операционной). - оказание неотложной помощи: остановки кровотечения, переливание крови, ушивание перфорированной рыхлой ткани матки и другие.

Другим условием, признающим аборт законным является соблюдение сроков беременности. Каждая женщина по нашему законодательству имеет право на искусственное прерывание беременности только в определенный срок, не более 13 недель. Правда по социальным показаниям, (перечень которых утверждает Правительство РФ специальным постановлением), этот срок может быть продлен до 22 недель, а по медицинским показаниям, когда аборт может причинить вред здоровью матери, (перечень которых утверждается Приказом МЗ РФ) - бессрочно. Поэтому в редких случаях, когда прерывание беременности необходимо для спасения женщины, а перевести ее в больницу невозможно, то есть при крайней необходимости. -такой аборт не может быть признан незаконным.

Для признания прерывания беременности незаконным не имеют значения использованный способ аборта. Их множество - механических, химических, термических, комбинированных. Способ может лишь косвенно показывать степень опасности, которой подвергалась женщина.

Дефекты медицинской помощи, связанные с репродуктивной функцией человека также могут приводить и к нарушению гражданских прав, что даже при отсутствии признаков преступлений позволяет предъявлять иск врачу или медицинскому учреждению. Так, если неправильно определен срок беременно-

сти, то роды наступают раньше определенного врачом дня. Это сокращает время дородового оплачиваемого отпуска, что и является причиной предъявления иска.

Правовое решение искусственного прерывания беременности, наряду с регуляцией других функции репродуктивной деятельности человека, важный, нередко неизбежный способ планирования семьи и сохранения здоровья женщины. Принципы этого регулирования решены законодательно, внебольничное его применение опасно для здоровья и жизни женщины и поэтому противозаконно. Это должно быть известно как врачам, так и пациентам. При выполнении судебно-медицинской экспертизы надо иметь в виду правовые аспекты искусственного прерывания беременности и отразить их в заключении.

Идея законодательно ограничить аборты по "социальным показаниям" для России не нова. В 1999 году депутаты Госдумы пытались принять проект закона "О правовых основах бионики и гарантиях ее обеспечения", в котором аборты по социальным показаниям запрещались. Тогда медикам, запротестовавшим против этого законопроекта, удалось приостановить его обсуждение.

Однако попытки добиться сокращения перечня социальных показаний для производства абортов продолжались. В 2002 г. Госдума РФ рассматривала законопроект "О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ, направленные на защиту жизни нерожденных детей". Документ предусматривал "изъятие из юридической практики РФ понятия "искусственное прерывание беременности по социальным показаниям". Рассмотрение законопроекта было отложено на неопределенное время. Но затем инициативу решил проявить Минздрав, направивший в правительство законопроект, принятие которого значительно сократит перечень социальных показаний для проведения абортов. Законопроект, согласованный с заинтересованными министерствами и ведомствами, предусматривает сокращение перечня социальных показаний для проведения медицинских абортов с 13 пунктов до 3: наличия судебного решения об ограничении родительских прав, беременности в результате изнасилования и смерти мужа во время беременности (Постановление Правительства РФ от 11 августа 2003 года N 485 «О перечне социальных показаний для искусственного прерывания беременности»).

Такие решения достаточно спорны, они могут привести к существенному увеличению криминальных абортов, к отказу родителей от рожденных детей, к иным негативным социальным последствиям. Судя по тому, что решение Правительства было принято - и довольно поспешно, мнение экспертов не было услышано, а у принимающих решение инстанций, видимо, было стремление избежать серьезной общественной экспертизы принимаемых мер. С учетом того, что все это происходит на фоне быстрого снижения числа абортов в стране, такая поспешность трудно объяснима.

Тема 10. НОВЫЕ РЕПРОДУКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ КАК ЭЛЕМЕНТ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ, ПОДДЕРЖАНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ. ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ (2 часа).

Искусственное оплодотворение - борьба за возможность возникновения жизни. История метода. Методы искусственного оплодотворения.. Отношение общества к искусственному оплодотворению. Этические проблемы

Отношение к искусственному оплодотворению — это проблемы отношения к началу человеческой жизни. Но если в случае аборта врач и женщина вступают в моральное отношение с человеческой жизнью, пусть сроком в несколько дней, недель, месяцев, то в случае искусственного оплодотворения, это отношение не столько к началу уже существующей жизни, сколько к возможности самого ее начала. И если аборт, контрацепция, стерилизация — это борьба с возникновением человеческой жизни, то, искусственное оплодотворение — это борьба за возможность ее возникновения

Показательно, что в этой «борьбе» искусственный аборт и искусственное оплодотворение тесно связаны между собой, практика искусственного аборта поставляет пациентов для практики искусственного оплодотворения. Так, по некоторым данным, распространенность искусственного аборта как одного из способов планирования семьи ведет к росту вторичного (приобретенного) бесплодия. Специалисты полагают, что вторичное бесплодие на 55% является осложнением после искусственного аборта. И если в среднем уровень бесплодия остается примерно таким же, как и 20-30 лет назад, то в настоящее время его структура меняется в сторону увеличения вторичного бесплодия.

Таким образом, очевидно, что исторически потребность в искусственном оплодотворении вырастает отнюдь не только из потребностей борьбы с собственно бесплодием вообще, сколько из потребностей борьбы с трубным бесплодием — эпифеноменом медицинской деятельности и либеральной идеологии. Эпидемия абортотворения 2-ой половины XIX века исторически и логически связана с разработкой методик искусственного оплодотворения. Медицинская рекомендация к экстракорпоральному оплодотворению, как правило, является следствием анатомических нарушений в маточных трубах вследствие искусственного аборта.

Общественное сознание порождает весьма яркие эпитеты для искусственного оплодотворения: «новая технология размножения», «техногенное производство людей», «асексуальное размножение». В оборот входят понятия: «избирательный аборт», «торговля репродуктивным материалом», «продукция оплодотворения», «суррогатное материнство» и т. п. Каждое из этих понятий — реальная единица «этического минного поля», которое новые репродуктивные технологии создают для современной культуры. Как быть с эмоционально-психологическим миром личности, рожденной «в пробирке», ее моральным самосознанием, ее юридическими правами, социальным статусом в конце концов? А как отнестись к такой тенденции — «в полной семье сегодня детей рождается меньше, а вне брака — больше, чем 30 лет назад».

Давно уже перестали рассматриваться на уровне фантастики идеи искусственного оплодотворения спермой «генетически полноценных доноров». Сегодня понятие «полноценность» предполагает подбор донора в смысле цвета глаз, волос, национальности и «этнических особенностей реципиентки». Далеко ли от так понимаемой «полноценности» до заманчивой идеи о получении с помо-

шью генетических манипуляций на эмбриональном уровне человеческого существа с заранее заданными свойствами? Тем более, что уже сейчас наука располагает возможностью управления выбором пола.

Идея «управления» на уровне эмбрионального материала неразрывно связана с искусственным оплодотворением, как бы ни хотели многие закрывать на это глаза. Симптоматично, что в трех фундаментальных типологических моделях искусственного оплодотворения оно никогда не являлось самоцелью, но всегда выступало лишь средством для решения другой задачи — задачи совершенствования человека. Эта задача ставится и в селекционно-зоотехнической модели, она стоит и в научно-мифологической (фантастической) модели (создание искусственного человека — гомункула, искусственного интеллекта и т. п.). Для цели совершенствования и таким образом спасения человека совершается и непорочное зачатие Богородицы. Очевидно, что для реализации идеи «управления» особенностями человека технологически, этически и политически еще далеко. Сейчас же врачей и общественность беспокоит здоровье «пробирочных детей».

По данным диссертационного исследования Бахтиаровой В. О. «Состояние здоровья детей, родившихся в результате экстракорпорального оплодотворения и искусственного осеменения», из 82 пробирочных детей — 44 имели неврологическую симптоматику. Среди наиболее часто встречающихся расстройств «задержка внутриутробного развития — 29,3% (от общего числа исследованных детей, зачатых методом ЭО). 28,3% (от общего числа исследованных детей, зачатых методом ИО)», «асфиксия при рождении — 89,4% (ЭО), 90,5% (ИО)», «неврологические изменения — 53,6% (ЭО), 38,3% (ИО)»

К опасениям общего характера, высказанных автором, относятся

1. В какой степени беременности, возникшие у бесплодных женщин, способствуют повышению генетического груза в популяции за счет рождения детей с врожденной и наследственной патологией"

2. Каково влияние медикаментозных средств, длительно используемых при лечении бесплодия (особенно гормонов) на плод?

3. Какова генетическая опасность использования спермы донора при искусственном оплодотворении"

К этим опасениям можно добавить и следующие вопросы:

не станет ли метод искусственного оплодотворения косвенной поддержкой тенденции «асексуального размножения» и в итоге основанием принципиальных сдвигов в традиционных формах семейно-брачных отношений? Можно ли опасаться культурологических, демографических сдвигов в результате изменения структуры семейно-брачных, родственных отношений? Ответы на эти вопросы предполагают освещение истории и динамики создания технологий искусственного оплодотворения.

История вопроса. Идея «непорочного зачатия» стара как мир. Степень и мера ее влияния на возникновение идеи искусственного оплодотворения вряд ли может быть определена точно. Но очевидно, что в основе попыток разработать методы искусственного оплодотворения лежит принцип — «для искусственного оплодотворения совокупление не существенно и не необходимо».

Тем более аналогия оплодотворения без совокупления в животном мире у рыб, например, есть. Неудивительно, что метод искусственного оплодотворения начинает использоваться впервые в ветеринарии.

Первый известный науке опыт искусственного оплодотворения на собаках был произведен в конце XVIII века (1780 г.) аббатом Спаланцани. С 1844 г. метод искусственного оплодотворения начинает использоваться для оплодотворения кобыл и коров. Так, публикации в журнале «Вестник конозаводства» за 1902 год свидетельствует, что метод искусст. оплодотворения в случаях сужения канала шейки матки кобыл вполне испытан и вошел в общее употребление.

Среди пионеров-разработчиков этой методики в России известен И. И. Иванов. С 1899 года он начинает публиковать свои работы по искусственному оплодотворению над различными видами животных. Исследователи именно ему отдают пальму первенства в выдвижении идеи о возможности оплодотворения в искусственной среде. В конце XIX века идеи искусственного оплодотворения начинают использоваться и для борьбы с женским бесплодием. В 1917 году доктор Ильин Ф. констатирует, что к 1917 году наука располагает 69 описанными и успешными случаями искусственного оплодотворения женщин спермой своего мужа.

Благодаря изданию «Пол, секс, человек» (Пер. с фран.. изд-во «Мир», 1993 г.). российская общественность узнала о существовании «скандальной» диссертации Ж. Жерара (1885 г.) «Вклад в историю искусственного оплодотворения (600 случаев внутрисемейного осеменения)», которая получила во Франции в свое время большой общественный резонанс. И это неудивительно. Во 2-ой половине XIX века интимная жизнь супругов (т. е. то, что входит сегодня в понятие репродуктивной медицины — контрацепция, бесплодие) не находилась еще в компетенции медицины. Работа Ж. Жерара была своеобразным вызовом общественному мнению, поскольку незадолго до этого, в 1883 году, в Бордо в суде по аналогичному поводу было принято решение, что «искусственное осеменение противно законам природы».

Нельзя не обратить внимание и на следующее обстоятельство. В 1884 году во Франции принимается закон о разводе, что становится серьезным социальным основанием не только для продолжения дебатов об искусственном оплодотворении, но и социальным «мотивом» продолжения научных разработок этого направления. Показательно, что в 1925 году доктор Шорохова А. А. в своем докладе на VI съезде Всесоюзного общества гинекологов и акушеров в Ташкенте рассматривает искусственное оплодотворение не только как метод преодоления бесплодия (который в случае искусственного осеменения спермой донора или мужа (ИОСДиМ) связан, как правило, с мужским бесплодием), но как «нежелание женщин сходить с мужчиной» или как «право иметь ребенка неполовым путем». Есть все основания предположить, что все 88 женщин, которым проводила операции доктор Шорохова А. А., пытались отстоять это «право».

Возвращаясь к истории экстракорпорального оплодотворения, отметим, что идея И. И. Иванова о жизнеспособности семени вне организма, стала основанием новой технологии искусственного оплодотворения. В 1912 году доктор

Дорерлейн докладывает о работах Иванова в Мюнхенском обществе акушеров и гинекологов Долгие годы эта идея, «питаясь» технологическими изобретениями, социальными потребностями, «гуманистическими» проектами, все же не выходит из режима экспериментальной деятельности.

В 1944 году было достигнуто первое успешное культивирование ооцита человека и экстракорпоральное оплодотворение (ЭО), приведшее к развитию двухклеточного эмбриона.

В 1968 году в клинике Бон-Холл (Кембридж, Англия) медику Р. Эдвардсу и эмбриологу Н. Степту удалось имплантировать в полость матки женщины, страдающей бесплодием, эмбрион, полученный в пробирке в результате соединения яйцеклетки и сперматозоида Через девять месяцев родился первый в мире «пробирочный» ребенок — Луиза Браун.

В Лондонском центре гинекологии и искусственного оплодотворения 29 апреля 1982 г. впервые в Европе были рождены искусственно зачатые близнецы (оплодотворение в пробирке). Там же в 1982 году впервые в мире рождение в результате переноса яйцеклетки и спермы в матку, а в 1987 впервые в Европе рождение от донорской яйцеклетки и рождение от донорской спермы.

В России исследования в этой области начинают целенаправленно производиться с 1965 года в группе раннего эмбриогенеза, которая в 1973 году перерастает в лабораторию экспериментальной эмбриологии. Первый «пробирочный» ребенок появляется в России в 1986 году в результате работы лаборатории клинической эмбриологии Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН. В этой лаборатории родилось более 15000 таких детей. Количество же центров, где производятся такие операции в России, приближается к 10, в мире же их около 300. В 1990 году в мире насчитывается около 20000 детей, зачатых «в пробирке». Причем динамика в цифрах такова, что еще в 1982 году их было всего 74. Оценка эффективности этого метода у разных специалистов в разных странах разная. Наши специалисты склоняются к цифре — 10-18%.

Методика искусственного оплодотворения. Среди методов искусственного оплодотворения различают искусственное осеменение спермой донора или мужа (ИОСД и ИОСМ) и метод экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона в полость матки (ЭКО и ПЭ).

Искусственное осеменение подразумевает внесение специальным образом обработанных сперматозоидов непосредственно в полость матки, минуя цервикальный барьер. Прямым показанием к использованию этого метода является наличие "враждебности" цервикальной слизи к сперматозоидам, что является причиной их обездвиживания.

Интрацитоплазматическая инъекция сперматозоида (ICSI) является методом лечения, при котором в условиях лаборатории ЭКО под микроскопом происходит введение (инъекция) непосредственно сперматозоида в яйцеклетку. Этот метод лечения показан супружеским парам, у которых качественные показатели спермы недостаточны для проведения оплодотворения в условиях обычной программы ЭКО, либо, когда при хороших показателях спермы в програм-

ме ЭКО неоднократно не удается достигнуть оплодотворения зрелых яйцеклеток.

Таким образом, методы ИОСД и ИОСМ применяются, в основном, в случаях мужского бесплодия, мужской импотенции, при несовместимости мужа и жены по резус-фактору и некоторых других случаях. ИОСД и ИОСМ — более разработанные и известные методики.

В отличие от ИОСД и ИОСМ методика ЭКО и ПЭ технически достаточно сложна и состоит из следующих четырех этапов:

I. Стимулирование созревания яйцеклеток. Оно обеспечивается различными гормональными препаратами. По мере роста яйцеклеток производится анализ крови для определения гормональной реакции развивающегося фолликула и ультразвуковой контроль за ростом фолликулов в яичниках.

II Изъятие ооцитов (яйцеклеток). Эта операция осуществляется либо с помощью лапароскопического метода, либо с помощью аспирационной иглы под ультразвуковым контролем. Лапароскопия проводится с наркозом, путем разреза ниже пупка. Введение аспирационной иглы (через свод влагалища или стенку мочевого пузыря) не требует хирургического вмешательства и осуществляется под местной анестезией.

III. Оплодотворение яйцеклеток в культуре. Изъятые яйцеклетки помещают в специальную жидкую среду, куда затем добавляют сперматозоиды. Время первого обследования половых клеток — через 18 часов после введения сперматозоидов.

IV. Введение эмбриона в матку. Через 1-3 дня через катетер эмбрион доставляют в полость матки. Неудачная попытка воспроизводится через 3-4 месяца до 4 раз. Далее целесообразность пользования методом ЭКО и ПЭ для данного случая ставится под сомнение.

ЭКО является единственным методом, показанным при нарушении проходимости маточных труб или их отсутствии. Возникновение этой патологии возможно как следствие многих причин – воспаление, оперативное вмешательство по поводу внематочной беременности, ранее проведенная стерилизация, врожденные отклонения в развитии половых органов, эндометриоз (наличие эндометрия кроме как в матке), бесплодие неясного генеза, отсутствие или недостаточная продукция цервикальной слизи, что препятствует прохождению сперматозоидов в полость матки, антиспермальные антитела в крови женщины, отдельные случаи снижения фертильности у мужчин.

За простотой этого схематичного описания методики ЭКО и ПЭ, как достижения цели — желанной беременности, стоит и конкретная «цена». И дело не только в рублевой стоимости процедуры, хотя она достаточно велика (1 млн. рублей — начало 1995 года). В понятие «цены» входит здоровье и даже жизнь женщины. Показательно в этом плане, что в одном из центров по лечению бесплодия перед началом процедуры женщина и ее супруг в обязательном порядке должны оформить заявление, которое начинается так: «Мы предупреждены о том, что оперативное вмешательство, применяемое для такого лечения, может сопровождаться осложнениями». Под осложнениями имеется в виду прежде всего риск многоплодной беременности, который в 20 раз превышает ее воз-

никновение в норме. В понятие осложнений многоплодной беременности входят: угроза преждевременных родов, смертность женщин и детей, малая масса детей (в 10 раз чаще, чем в популяции) и т. д. Существует риск чрезмерной гормональной стимуляции яичников, приводящей иногда к их увеличению и даже разрыву (для доноров спермы никакой сравнимой опасности не существует).

Очевидно, что осознаваемая степень риска вынуждает организаторов центров искусственного оплодотворения вносить в документ и такие пункты «Заявляем, что мы не будем возбуждать уголовное дело против сотрудников Центра, не предпримем каких-либо действий, судебных преследований, исков или счетов, связанных с проводимым лечением... Нам известно, что в связи с трудностями процедуры, может потребоваться не одна попытка для достижения беременности. а также, что лечение бесплодия может оказаться безрезультатным... Мы предупреждены о том, что ... дети, рожденные в результате ЭКО. могут иметь отклонения в развитии». К этому выводу, несмотря на ряд обнадеживающих результатов, приходит и В. Бахтиарова: «Каждый из методов ИО увеличивает риск перинатальной патологии и тяжелую неврологическую инвалидность с детства».

В нравственном наполнении понятия «цены» входит и судьба человеческих Эмбрионов — запасных, лишних, оставшихся невостребованными Это — либо уничтожение, либо «служение науке», что впрочем одно и то же. «Особый фундаментальный интерес» к человеческим эмбрионам и возможность его «фундаментальных» последствий для культуры определила самоограничивающее решение международной общественности срок проведения фундаментальных исследований с эмбрионом — до 14 дней. Сама по себе эта цифра загадочная и, очевидно, относительная. Но факт этического самоограничения биомедицинской науки налицо. Есть основание рассматривать это скромное достижение науки на пути ее нравственного наполнения началом тенденции, определяющей развитие науки в XXI веке.

Отношение к искусственному оплодотворению в обществе неоднозначно.

Либеральная позиция. Определяющим мировоззренческим контекстом «новых технологий зачатия» является либеральная идеология с ее высшими ценностями «прав и свобод» человека и метафизическо-материалистическим основанием.

Основной принцип либеральной позиции по отношению к искусственному оплодотворению — это «право каждой женщины иметь ребенка». Основанием этого права в рамках либеральной идеологии является естественно-биологическая функция деторождения. Определенным образом на методику искусственного оплодотворения работает и материалистический мировоззренческий принцип понимания человека не как «образа и подобия Божия», а как образа и подобия обезьяны. Под знаком именно этого принципа в 20-е годы в России по инициативе И. Иванова, уже упоминавшегося профессора экспериментальной зоотехники, и с санкции Совнаркома СССР начали проводиться практические опыты получения «новогибридного человека» путем скрещивания людей с антропоморфными обезьянами. Перенос положительного опыта из зоотехники и ветеринарии на «человеческую модель» — факт эмпирической науки.

Первое положение статьи 35 «Искусственное оплодотворение и имплантация эмбриона» в «Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (1993 г.) гласит: «Каждая совершеннолетняя женщина детородного возраста имеет право на искусственное оплодотворение и имплантацию эмбриона».

Сто лет разделяют юридический запрет на искусственное оплодотворение (1883 г. Франция) до его законодательного признания, в частности, в России. Шестьдесят лет разделяют утопическую ценность «взаимопользование» до взаимовыгодного рынка половых клеток, донорства заказных родов Новый вид международного бизнеса — «зачаточного» или «репродуктивного» — получает широкое распространение в Европе. Донорство половых клеток платное, так как процедуру ИО рассматривают не как лечение болезни, а как улучшение качества жизни. Сколько лет понадобится для полного выхода «терапии бесплодия» на уровень социально-нравственного принципа «асексуального размножения» или «техногенного» деторождения?

Консервативная позиция. В настоящее время российская общественность располагает конкретной оценкой искусственного оплодотворения с христианской, православной точки зрения.

Эта оценка формируется в границах основополагающих постулатов христианства. Один из них — таинство брака, через которое «дается объективное божественное основание для благодатной жизни». При описании таинства создания человека пророками используются физиологические понятия и образы. В то же время, они свидетельствуют о событии всегда большем и более значимом, чем его физиологическая канва. Это «большее» раскрывается в восклицании Евы при рождении первенца «Приобрела я человека от Господа» (Быт . 4. 1) и в свидетельстве Максима Исповедника «Святой Дух присутствует во всех людях без исключения как хранитель всех вещей и оживотворитель естественных зарождений...».

Эти исходные принципы дают основание выйти на уровень конкретных суждений православных авторов по морально-этическим вопросам искусственного оплодотворения. К сожалению, они сегодня не многочисленны и между ними есть небольшие расхождения. Одна из этих позиций сводится к следующим выводам:

1. Искусственное оплодотворение незамужней женщины осуждается прежде всего, исходя из интересов ребенка, который «заведомо лишается возможности быть воспитанным в полноценной семье».

2. Искусственное оплодотворение замужней женщины без согласия и участия ее мужа недопустимо, «ибо ложь и двусмысленность разрушают целостность брачных отношений».

3. Искусственное оплодотворение с согласия мужа и с использованием донорского генетического материала «разрушает связь супружеской верности. Если уж муж неспособен к оплодотворению и медицинская наука не может ему помочь, жена должна принять его таким, каков он есть, не пытаясь в той или иной форме найти подмену».

4 Искусственное оплодотворение спермой мужа — «это вполне уместный способ использования медицинских знаний, позволяющий христианскому браку реализовать одну из главных целей продолжение рода».

5 Способ искусственного оплодотворения *in vitro* вызывает этические возражения в связи с необходимостью уничтожения «лишних» эмбрионов, что несовместимо с представлениями Церкви о человеческом эмбрионе как носителе человеческого достоинства.

6 Возможна однако, и модификация оплодотворения в пробирке с использованием единственной яйцеклетки или с имплантацией всех образовавшихся эмбрионов в утробе матери.

7. С точки зрения защиты целостности и уникальности брачных отношений практика донорства яйцеклеток и оплодотворенных эмбрионов представляется моралью недопустимой.

8 В разряд этой оценки попадают все разновидности суррогатного материнства. В основе этого метода лежит «пренебрежение глубочайшей эмоциональной и духовной связью, которая устанавливается между матерью и младенцем во время беременности», не говоря уже о кризисе идентичности рожденного таким образом человека.

Для современного Православия, таким образом, характерна различная степень приемлемости «аномальной техники деторождения».

Позиция же Римско-Католической Церкви более однозначна. Она выражена в официальных документах, в информационных бюллетенях папской курии, речах и обращениях папы Пия XII. документах Второго Ватиканского Собора и т. п. Методы искусственного оплодотворения католическая церковь осуждает, исходя из традиционного для моральной теологии понятия естественного закона.

Устойчивая консервативность христианской позиции противостоит подвижной изменчивости либерализма. В либеральной идеологии, как правило, «естественные основания — в нашем случае естественно-биологическая функция деторождения — превращаются в социально-нравственные ценности и правовые нормы» («право каждой женщины иметь ребенка»). Но путь реализации этой нормы в рамках либерализма — это путь борьбы со своим собственным «естественным основанием», путь «побед над природой», т. е. противоестественный путь «освобождения человека» от его собственных природных свойств и, в итоге, от самого себя. Падение человеческой природы является непосредственным следствием свободного самоопределения человека. Но «свободное самоопределение человека» — позиция, более близкая скорее XVIII-XIX векам, нежели XXI веку, которому предшествовал XX, с его атомными экспериментами и катастрофами, социально-политическими драмами, нигилистическим опытом и экологическим прозрением.

Сегодня уже не являются сенсацией случаи ИО и имплантации эмбриона женщинам при наличии определённых изъянов репродуктивной способности супругов. Успешное применение названных методов позволяет такой семье иметь ребёнка, но при этом может породить морально-этические и правовые проблемы, в частности, споры об установлении отцовства Ещё более спорной в

смысле признания отцом и матерью ребёнка является ситуация, когда эмбрион в целях его вынашивания имплантируется другой женщине (суррогатной матери).

В настоящее время статья 51 Семейного кодекса РФ, не оставляя места для споров и тяжб, устанавливает, что если супругами дано письменное согласие на применение методов ИО или имплантации эмбриона, то они официально записываются отцом и матерью ребёнка со всеми вытекающими из этого правовыми последствиями.

Что касается случаев применения имплантации эмбриона другой женщине (суррогатной матери), то запись о родителях ребёнка может быть сделана только с её согласия. Естественно, что как родившая ребёнка суррогатная мать, так и отец ребёнка, появившегося на свет в результате ИО, не вправе затем в судебном порядке добиваться отмены записи об отце или матери и признания либо аннулирования родительских прав и обязанностей. Моральные и юридические проблемы, связанные с проблемой суррогатного материнства, оказываются наиболее сложными. В США, например, в конце прошлого века не было принято законов, запрещающих суррогатное материнство.

Доводы противников:

1. Дети превращаются в товар, а материнство - в договорную работу, оплачиваемую обеспеченными бездетными супругами. Безопасность здоровья будущего ребёнка и суррогатной матери отходят на второй план перед материальной выгодой.

2 Суррогатная мать психически травмируется необходимостью "отдать", рождённого ею ребёнка.

3. Ребёнок может наследовать генетические дефекты от суррогатной матери, некоторые из них не могут быть выявлены современными методами.

4. Опасения внушает психическая адаптация ребёнка, когда он узнаёт о своём рождении, при общении с суррогатной матерью и т.д.

Разнообразные этические вопросы связаны с индивидуальными и общественными суждениями о надлежащем поведении в области продолжения рода. В прошлые эпохи считалось, что на каждый из этих вопросов есть только один верный ответ. Сегодня же мы понимаем, что правильность тех или иных ответов относительна, так как всё больше знакомимся с разными религиями и культурами, с самым широким спектром взглядов.

Каждый человек должен сам делать собственный выбор и не навязывать свои взгляды другим.

Тема 11. УЧРЕЖДЕНИЯ ЗАЩИТЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА.

(2 час.)

Социальные учреждения: социальный приют для детей, детский центр, Территориальный центр социальной помощи семье и детям. Образовательные учреждения для детей. Медицинские учреждения: амбулаторно-поликлинические, стационарные.

Охрана материнства и детства - это система государственных общественных и медицинских мероприятий, обеспечивающие рождение здорового ребен-

ка, правильно и всестороннее развитие подрастающего поколения, предупреждение и лечение болезней женщин и детей. Практическим решением этих проблем занимается целый ряд учреждений. К этому ряду можно отнести, в первую очередь, социальные и медицинские.

Государственная система социальной защиты курирует целую сеть социальных учреждений Их специфика зависит от категории людей, для которых они предназначены и охватывают самые разные возрастные и специфические слои населения. Это и дома престарелых, и детские дома, и дома малютки, и дома инвалидов, и интернаты для людей с физическими отклонениями и отклонениями умственными, психическими, и приюты для бездомных, и ночлежки, и детские приюты, и социальные гостиницы, и социальные столовые, и детские центры, и центры поддержки, и т.д. Мы остановимся на социальных учреждениях, предназначенных для детей. Сеть таких учреждений относительно широка (территориальные центры социальной помощи семье и детям, социально-реабилитационные центры для несовершеннолетних, центры помощи детям, оставшимся без попечения родителей, социальные приюты для детей и подростков, центры (отделения) социальной помощи на дому, детские дома-интернаты для умственно отсталых детей, дома-интернаты для детей с физическими недостатками, дома ребенка).

Социальные приюты для детей.

Социальный приют для детей являются учебно-воспитательными учреждениями государственной системы социальной защиты населения, которое оказывает социальную помощь безнадзорным и осуществляет комплекс мер по их социальной реабилитации. В приюте создаются условия, приближенные к домашним, способствующие психологической реабилитации и социальной адаптации безнадзорных детей и подростков.

При приеме в приют производится медицинский осмотр несовершеннолетних. Не подлежат помещению в приют несовершеннолетние, находящиеся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, психически больные с выраженными симптомами болезни, совершившие преступления. Приют осуществляет различные формы патронажа над несовершеннолетними, поддерживает контакты с ними после окончания их пребывания в учреждении. Целью создания приюта является оказание социальной поддержки безнадзорным детям, организация их временного проживания, оказание правовой, медико-психолого-педагогической помощи, дальнейшее жизнеустройство.

Основными задачами приюта являются:

- обеспечение временного проживания детей в нормальных бытовых условиях с предоставлением бесплатного питания, коммунальных услуг, медицинского обслуживания;
- оказание психологической, психокоррекционной и иной помощи по ликвидации кризисной ситуации в семье и содействие возвращению ребенка к родителям или лицам, их заменяющим, устройству детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

Приют предназначен для детей и подростков от 4 до 18 лет, а именно для детей, добровольно обратившихся туда за помощью; отказавшихся жить в ин-

тернатах; оставшихся без попечения, постоянного места жительства, средств к существованию; подвергшихся любым формам физического или психического насилия.

Образовательные учреждения для детей

Постановлением Правительства РФ от 31 июля 1998 года утверждено типовое положение «Об образовательном учреждении для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи». Подобного типа учреждения создаются для детей и подростков от 3 до 18 лет, имеющих проблемы в развитии, обучении и социальной адаптации. В них реализуются как общеобразовательные программы (основные и дополнительные), так и программы начального профессионального образования [16].

Задачами для таких учреждений являются:

- оказание помощи детям, испытывающим трудности в усвоении образовательных программ;
- осуществление индивидуально ориентированной педагогической, психологической, социальной, медицинской и юридической помощи детям;
- оказание помощи другим общеобразовательным учреждениям по вопросам обучения и воспитания детей с проблемами школьной и социальной адаптации. При этом они организуют свою образовательную деятельность в соответствии с возрастными и индивидуальными особенностями детей, со стоянием их соматического и психического здоровья. Осуществляют психокоррекционную и психопрофилактическую работу с детьми. Проводят комплекс лечебно-оздоровительных мероприятий. Анонимно консультируют детей с целью снятия стресса.

Для детей дошкольного возраста предусматривается организация разновозрастных воспитательных групп. Дети, проживающие в учреждении, обеспечиваются питанием по нормам, предусмотренным для воспитанников образовательных интернатов. Для детей дошкольного возраста организация образовательного процесса осуществляется в соответствии с «Типовым положением о дошкольном образовательном учреждении». Кроме того, общеобразовательные учреждения с согласия детей и их родителей, по договорам и совместно с предприятиями, учреждениями и организациями, могут проводить профессиональную подготовку детей в качестве дополнительных, в том числе платных, образовательных услуг. Вполне очевидно, что в учреждениях могут создаваться различные клубы, секции, кружки (и т.п.) по интересам.

Принимаются в такие учреждения дети, обратившиеся за помощью самостоятельно, по инициативе родителей, направленные другими образовательными учреждениями (с согласия родителей). Это могут быть дети с высокой степенью педагогической запущенности, дети, отказывающиеся посещать общеобразовательные школы или имеющие нарушения эмоционально-волевой сферы. Их зачисление в рассматриваемые учреждения производится на основании заключения психолого-педагогической и медико-педагогической комиссии в порядке, определенном уставом учреждения.

Детские центры

Социальный центр работает для несовершеннолетних, особо нуждающихся в реабилитации. Центр решает все проблемы, с которыми сталкивается подросток и его семья, комплексно. В структуре Центра: социальный приют для детей в возрасте от 3 до 16 лет, отделения диагностики, реализации социальных программ, социально-правовой помощи. Большое внимание уделяется профилактической работе с семьями из так называемой группы риска. Специалисты ведут социальный патронаж. В школах проводят с учащимися беседы, рассказывают о центре, подсказывают, к кому и куда обратиться за помощью, если возникли ситуации, из которых трудно выбраться самостоятельно.

Центр может быть специализированным (как Центр «Радуга» в Москве. Он предназначен для оказания помощи детям с ограниченными возможностями). Он осуществляет реабилитацию детей и подростков с отклонениями в умственном и физическом развитии. Направления работы таких центров: организационно-методическое, коррекционное, педагогическое, психологическое, медико-социальное, просветительское, юридическое. Принимаются дети и подростки в соответствии с медико-социальными показаниями по направлению органов и учреждений социальной защиты, органов и учреждений образования и здравоохранения, а также по просьбе родителей (или лиц, их заменяющих). Центры имеют отделения дошкольного стационара и комплексной реабилитации. Дошкольный стационар дневного пребывания посещают дети в возрасте от 4 до 7 лет с минимальной мозговой дисфункцией, с задержкой психического развития, с легкой степенью умственной отсталости, с неврозами, тяжелыми нарушениями речи и другими заболеваниями. Такие Центры предназначены для выполнения индивидуальных программ реабилитации детей-инвалидов в части медико-социальных, психолого-педагогических и социокультурных мероприятий. Дети живут единым коллективом, для них устраиваются совместные вечера, культурные мероприятия, в которых участвуют и родители. Большое внимание должно уделяться педагогике сотрудничества, взаимодействию с семьей, обеспечению полноценного развития ребенка, повышению нравственного потенциала семьи. Обычно в его структуре 3 отделения: стационарное, дневного пребывания, реализации программ социальной реабилитации. Последнее отделение интересно тем, что представляет возможность детям и подросткам с ограниченными физическими и умственными возможностями воспитываться вместе, с талантливыми, одаренными детьми. Это способствует развитию их творческих способностей, эмоциональной сферы, а проведение комплексных оздоровительных мероприятий способствует укреплению физического и психологического здоровья. Дети находятся здесь на полном пансионе.

Перечисленные выше виды детских социальных учреждения не единственные, есть и другие, но эти самые распространенные, а значит самые доступные для тех, кто нуждается в их помощи и поддержке.

Территориальный центр социальной помощи семье и детям.

Территориальный Центр социальной помощи семье и детям является учреждением государственной системы социальной защиты населения, предназначенным для комплексного обслуживания на территории города, района или микрорайона семей и детей, нуждающихся и социальной поддержке, путем ока-

зания своевременной и квалифицированной социальной помощи различных видов: социально-экономической, психолого-социальной, социально-педагогической, медико-социальной, юридической, социально-реабилитационной и иной.

Центр создается, реорганизуется и ликвидируется местными органами исполнительной власти по согласованию с соответствующими территориальными органами социальной защиты населения, а его структурные подразделения создаются, реорганизируются и ликвидируются решением директора Центра по согласованию с территориальными органами социальной защиты населения.

Организуется и содержится центр за счет средств, предусмотренных бюджетами республик в составе Российской Федерации, краев, областей, автономной области, автономных округов, городов Москвы и Санкт-Петербурга, других городов и районов на социальное обеспечение, а также за счет доходов от хозяйственной деятельности Центра и других внебюджетных поступлений.

Центр осуществляет свою деятельность под руководством соответствующих органов социальной защиты населения и исполнительной власти в пределах их компетенции. Министерства социальной защиты населения республик в составе Российской Федерации, органы социальной защиты населения краев, областей, автономной области, автономных округов, городов и районов осуществляют координацию деятельности центров, расположенных на их территории и оказывают им организационно-методическую и практическую помощь.

Центр является юридическим лицом, имеет свои банковские счета, печать, штамп и бланк с наименованием Центра. Его структурные подразделения размещаются в специально предназначенном здании (зданиях) или помещениях, выделенных в зданиях административного или жилого фонда. Помещения Центра должны быть обеспечены всеми видами коммунально-бытового благоустройства, оснащены телефонной связью и отвечать санитарно-гигиеническим и противопожарным требованиям.

Центр может иметь в своей структуре различные подразделения социального обслуживания семьи и детей, в том числе отделения первичного приема, информации, анализа и прогнозирования, социально-экономической помощи, медико-социальной помощи, психолого-педагогической помощи, профилактики безнадзорности детей и подростков, а также другие, создаваемые с учетом необходимости и имеющихся возможностей; деятельность которых не противоречит задачам Центра. Все структурные подразделения Центра в своей деятельности подчиняются директору Центра. Городской, районный Центр может иметь в качестве структурных подразделений филиалы в микрорайонах.

Штатное расписание Центра утверждается директором в пределах установленного фонда оплаты труда применительно к прилагаемым штатам.

Правила внутреннего трудового распорядка Центра и его структурных подразделений утверждаются общим собранием (конференцией) их работников по представлению администрации Центра, а правила поведения граждан, обслуживаемых Центром и его структурными подразделениями, директором Центра.

Цель деятельности Центра — способствовать реализации права семьи и детей на защиту и помощь со стороны государства, содействовать развитию и укреплению семьи как социального института, улучшению социально-эконо-

мических условий жизни, показателей социальной здоровья и благополучия семьи и детей, гуманизации связей семьи с обществом и государством, установлению гармоничных внутрисемейных отношений.

Основными задачами Центра являются: выявление совместно с государственными и неправительственными организациями (органами и учреждениями образования, здравоохранения, внутренних дел, занятости, миграции, ассоциациями многодетных, неполных семей, родителей детей-инвалидов и другими) причин и факторов социального неблагополучия конкретных семей и детей, их потребности в социальной помощи; определение и предоставление конкретных видов и форм социально-экономических, медико-социальных, психолого-социальных, социально-педагогических, юридических и иных социальных услуг семьям и детям, нуждающимся в социальной помощи; поддержка семей и отдельных граждан в решении проблем их самообеспечения, реализации собственных возможностей по преодолению сложных жизненных ситуаций; социальный патронаж семей и отдельных граждан, нуждающихся в социальной помощи, реабилитации и поддержке; участие в работе по профилактике безнадзорности несовершеннолетних, защите их прав; анализ уровня социального обслуживания семей с детьми в городе, районе, микрорайоне, прогнозирование их потребности в социальной помощи и подготовка предложений по развитию сферы социальных услуг; привлечение различных государственных и неправительственных организаций к решению вопросов социального обслуживания семей и детей.

Категориями и группами населения, которым Центр оказывает социальные услуги, являются:

- семьи: многодетные, неполные, бездетные, разводящиеся, молодые, несовершеннолетних родителей; малообеспеченные; имеющие в составе неизлечимо больных людей, инвалидов или лиц, страдающих психическими заболеваниями, злоупотребляющих алкоголем, принимающих наркотики; с неблагоприятным психологическим микроклиматом, эмоционально-конфликтными отношениями, педагогической несостоятельностью родителей, жестоким обращением с детьми; имеющие в составе лиц, ведущих аморальный, паразитический, криминогенный образ жизни, осужденных или вернувшихся из мест лишения свободы, специальных учебно-воспитательных учреждений.

- дети и подростки: оказавшиеся в неблагоприятных семейных условиях, угрожающих здоровью и развитию; осиротевшие или оставшиеся без попечения родителей; нуждающиеся в устройстве в связи с отменой или признанием недействительности усыновления, опеки; проживающие с родителями, оформляющими развод или находящимися в состоянии развода, временно неспособными заботиться о детях в результате болезни, нетрудоспособности, длительных командировок, привлечения к судебной ответственности или пренебрегающими своими родительскими обязанностями, ведущими аморальный и паразитический образ жизни; имеющие отклонения в физическом и психическом развитии, в том числе инвалиды; допускающие асоциальное поведение, беспорядочные, испытывающие негативное воздействие по месту жительства, учебы, работы (жестокое обращение, насилие, оскорбление, унижение, вымогательство,

приобщение к алкоголю, наркотикам, вовлечение в противоправную деятельность), переживающие острые конфликтные ситуации с родителями, учителями, соседями, знакомыми; имеющие затруднения во взаимоотношениях с окружающими людьми, в профессиональном и жизненном самоопределении.

- взрослые граждане: беременные женщины и кормящие матери; матери, желающие найти временную работу, работу с сокращенным рабочим днем, на дому или другими определенными условиями; имеющие на иждивении несовершеннолетних детей; частично трудоспособные, желающие получить доступную работу с учетом состояния здоровья; проживающие в одной квартире бывшие супруги; испытывающие сложности в отношениях с детьми, родственниками, коллегами и другими людьми;

- бывшие воспитанники детских домов и школ-интернатов (несовершеннолетние и совершеннолетние).

Клиенты имеют право обратиться в Центр лично, по телефону, а также направить письменное заявление или просьбу, допускается анонимное обращение клиентов для получения отдельных видов помощи. Общение между клиентами и сотрудниками Центра может происходить вне Центра.

По приглашению семей сотрудники Центра могут обслуживать клиентов на дому.

Основные структурные подразделения Центра.

Отделение первичного приема, информации, анализа и прогнозирования. Отделение предназначается для выявления потребности граждан, обратившихся в Центр, в конкретных видах социальных услуг, выявления таких потребностей у семей и детей; проживающих на территории обслуживания, информирования жителей об услугах, предоставляемых Центром, анализа реальной и перспективной потребности в них. Направлениями деятельности отделения являются: первичный прием граждан в Центре и выявление имеющихся у них потребностей в социальных услугах; направление их в соответствующие функциональные отделения Центра; рекламно-пропагандистская работа (распространение информации о задачах и содержании оказываемой Центром социальной помощи, реклама предоставляемых Центром услуг, пропаганда в местных средствах массовой информации идей укрепления и поддержки семьи и детей, издание листовок, пособий и других информационно-пропагандистских материалов в помощь семье по различным вопросам ее жизнедеятельности); аналитико-прогностическая работа (оценка социально-демографических характеристик населения, проживающего на данной территории, тенденций социального и семейного развития, причин неблагополучия, выявление и учет мнения населения о качестве и содержании оказываемой социальной помощи, актуальной и перспективной потребности в ней; разработка на этой основе предложений по совершенствованию социальной работы, планированию социального развития региона); информационная работа (выявление, сбор, обобщение и доведение до заинтересованных подразделений Центра полученной из местных органов государственного управления и других источников официальной статистики и оперативной информации о нуждающихся в социальной помощи людях или о фактах, требующих вмешательства социальной службы: организация телефонной

«горячей линии» для экстренного обращения граждан в случаях, требующих срочного вмешательства социальной службы; отбор из почты писем, требующих письменной консультации специалистов Центра; создание «банка данных» о семьях и отдельных людях, нуждающихся в социальном патронаже); методическая работа (изучение, обобщение и распространение эффективных форм и методов социальной работы; повышение квалификации сотрудников, ознакомление их с передовым отечественным и зарубежным опытом социальной работы; комплектование методической библиотеки Центра).

Отделение социально-экономической помощи.

Отделение создается для оказания нуждающимся семьям и отдельным гражданам услуг социально-экономического характера. Направлениями деятельности отделения являются: содействие в получении льгот, пособий, компенсаций и других выплат, материальной и натуральной помощи, кредитов, алиментов, улучшении жилищных условий в соответствии с действующим законодательством; организация мероприятий по привлечению средств для оказания помощи малообеспеченным семьям (выставок-продаж поношенных вещей, благотворительных аукционов, лотерей и т.п.); консультирование по вопросам самообеспечения семей, развития семейного предпринимательства, надомных промыслов; социальный патронаж многодетных, неполных, малообеспеченных семей, социальная поддержка выпускников детских домов и школ-интернатов на начальном этапе самостоятельной жизни до достижения совершеннолетия и материальной независимости; содействие в решении вопросов занятости, устройстве на курсы переподготовки; консультирование по социально-правовым вопросам (жилищное, семейно-брачное, трудовое, гражданское, пенсионное законодательство, права детей, женщин, инвалидов).

Отделение медико-социальной помощи.

Отделение создается для осуществления: социального патронажа беременных женщин и кормящих матерей, семей, где имеются лица с нарушениями психического здоровья, злоупотребляющие алкоголем, принимающие наркотики, а также прошедшие курс лечения от алкоголизма, наркомании и токсикомании; индивидуальной работы с подростками и молодежью по предупреждению и избавлению от вредных привычек, по подготовке к созданию семьи и рождению ребенка; содействия в налаживании быта, лечении, обучении, профессиональной подготовке инвалидов и детей с недостатками в умственном и физическом развитии, воспитывающихся дома;

консультирования по медико-социальным вопросам (планирование семьи, современные средства контрацепции, гигиена питания и жилища, избавление от избыточного веса, вредных привычек, сексуальные расстройства, психо-сексуальное развитие детей и подростков и др.).

Отделение психолого-педагогической помощи - образуется для обеспечения: патронажа семей, имеющих неблагоприятные психологические и социально-педагогические условия; оказания помощи родителям в воспитании детей и преодолении педагогических ошибок и конфликтных ситуаций с детьми, семейных конфликтов; организации работы групп дневного пребывания детей и матерей с детьми; оказания экстренной психологической помощи по «телефону

доверия»; создания обществ, клубов взаимопомощи жителей на обслуживаемой территории; консультирования по психолого-педагогическим вопросам (особенности возрастного и индивидуального развития детей, преодоление педагогической запущенности, семейных конфликтов, методика семейного воспитания, выбор профессии и жизненное самоопределение, межличностные и внутрисемейные отношения и др.); организации семейных и детских праздников, соревнований и конкурсов.

Отделение профилактики безнадзорности детей и подростков.

Цель работы отделения заключается в осуществлении социального патронажа дезадаптированных детей и подростков, склонных к асоциальным поступкам и противоправному поведению, а также социальной помощи детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей.

Социальные услуги оказываются Центром, как правило, бесплатно.

По решению руководства Центра и местной администрации отдельные социальные услуги могут предоставляться за плату (консультации, временное содержание детей и т.п.). Денежные средства, взимаемые за предоставление отдельных видов социальных услуг, зачисляются на счет Центра и направляются на его развитие, улучшение социального обслуживания клиентов сверх выделяемых ассигнований по бюджету.

Расходы на обеспечение сотрудников проездными билетами включаются в смету расходов на содержание соответствующего отделения Центра.

Директор Центра, исходя из производственной необходимости, может в пределах установленного планового фонда заработной платы вводить в штат Центра и его структурных подразделений должности, не предусмотренные прилагаемыми нормативами.

Оплата труда работников Центра, находящегося на бюджетном финансировании, производится в соответствии с действующей системой оплаты труда.

По решению правительства республик в составе Российской Федерации, органов исполнительной власти краев, областей, автономной области, автономных округов, городов Москвы и Санкт-Петербурга, других городов и районов, а также местного самоуправления Центром могут применяться другие организационные формы социального обслуживания семей и детей, в т.ч. в стационарных условиях.

Медицинские учреждения.

К учреждениям охраны детства относят:

1. Амбулаторно-поликлинические: детская поликлиника, детская стоматологическая поликлиника, детская консультация.

2. Стационарные: детская больница соматическая, детская инфекционная больница, детское отделение в структуре общесоматических взрослых больниц.

3. Специализированные: дома ребенка, детские санатории, детские ясли, детские молочные кухни.

Учреждения охраны материнства: женские консультации, родильные дома, акушерско-гинекологические отделения соматических больниц, отделения патологии беременных общесоматических больниц.

Рассмотрим несколько подробнее первичные звенья охраны материнства и детства, оказывающие помощь большинству детского и женского населения.

Структура детской поликлиники.

1. Детская поликлиника начинается с фильтра (пост медсестры) для разделения потока на здоровых и больных. Обязательно наличие в детской поликлинике одного или нескольких боксов, чтобы к больному ребенку вызывать медработника и обслужить его отдельно.

2. Регистратура и картотека (ведется отдельно на детей 1 года жизни)

3. Прививочный кабинет - устроен по типу санпропускника

4. Кабинеты участковых педиатров, должны быть отдельные кабинеты для приема детей 1 года жизни, но на деле выделяются определенные дни и часы.

5. Кабинет здорового ребенка. Существует для обучения матери уходу за ребенком.

6. Кабинеты специалистов: невропатологи, хирурги, окулисты, отоларингологи, логопед.

Узкие специалисты есть в городах, где нет диагностических центров

7. Кабинет юриста, помощь оказывается бесплатно.

8. Вспомогательные диагностические отделения.

Работа детской поликлиники строится по следующему организационному плану:

1. Дородовый патронаж. В детскую поликлинику поступает информация из женской консультации, что на участках есть беременные со сроком более 28 недель

2. Проведение осмотра врачом на дому в течение 3 дней после выписки из роддома, охват 100%

3. Ежемесячное наблюдение за здоровыми детьми 1 года жизни, а на 1 месяце должно быть 3 осмотра.

4. На 2 году жизни поводится осмотр каждые 3 месяца.

5. Осмотр детей до 3 лет 1 раз в полгода

6. Углубленный осмотр школьников 1 раз в год.

Качественные показатели работы детской поликлиники.

1. Заболеваемость детей общая, в том числе 1 года жизни (по дифтерии, по коклюшу, по полиомиелиту, по кори, по эпидемическому паротиту, по туберкулезу, по столбняку, по острым кишечным заболеваниям)

2. Распределение детей по группам здоровья, в том числе 1 года жизни.

3. Доля детей 1 года жизни, находящихся на грудном вскармливании до 4 месяцев.

4. Охват прививками

5. Младенческая смертность

6. Неонатальная смертность

7. Перинатальная смертность.

8. Удельный вес детей, умерших в стационаре за 24 часа после поступления.

Женская консультация.

Задачи:

1. Проведение профилактических мероприятий с целью снижения осложнений во время беременности
2. Проведение профилактических осмотров всех женщин
3. Диспансерный учет беременных, а также больных с хроническими гинекологическими заболеваниями.
4. Организационно-методическая работа
5. Санитарно-гигиеническое воспитание, пропаганда здорового образа жизни.

Структура женской консультации:

- регистратура;
- кабинеты участковых специалистов (размер участка 3400-3800 женщин от 15 лет и старше);
- процедурный кабинет;
- кабинет психоподготовки к родам;
- кабинет юриста; 9. кабинет стоматолога
- кабинет венеролога.

отчет о беременных и роженицах (форма №32, страховые показатели работы

женской консультации).

Качественные показатели работы детской поликлиники.

- удельные вес поздней постановки на диспансерный учет;
- удельный вес патологии беременных;
- удельный вес недоношенных детей;
- материнская смертность (на 1000 населения);
- анте- и интранатальная смертность;
- перинатальная смертность;
- показатели обследования на Rh- фактор;
- заболеваемость гинекологическими заболеваниями.

Тема 12. ОБЩЕСТВЕННЫЕ И БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ В СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ СЕМЬИ, МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА. (2 часа).

Законодательная основа. Организационные формы российского благотворительного движения. Цели благотворительной деятельности.

В последние годы наблюдается значительный рост общественных и благотворительных организаций, активизация их участие в осуществлении мероприятий по социальной защите населения.

Это свидетельствует о существенных изменениях в общественном сознании членов общества. Появляется осознание значительности личного участия в улучшении материального и духовного благосостояния людей. Деятельность общественных и благотворительных организаций - это проявление социальных инициатив различных социальных слоев, групп населения, отдельных граждан в ответ на реалии социально-экономической ситуации в стране, состояние системы социальной защиты населения и ее проблемы, стремление оказать помощь людям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации.

В обществе создаются необходимые организационно-правовые предпосылки для активной деятельности общественных и благотворительных организаций. Приняты важнейшие документы, регулирующие их деятельность:

- Декларация прав и свобод человека и гражданина (1991 г.)
- Конституция Российской Федерации (1993 г.)
- Гражданский кодекс Российской Федерации (1995 г.)
- Закон Российской Федерации «О благотворительной деятельности и благотворительных организациях» (1995 г.)
- Закон Российской Федерации «Об общественных объединениях» (1995 г.)
- Закон Российской Федерации «О государственной поддержке молодежных и детских общественных объединений» (1995 г.)
- Закон Российской Федерации «О некоммерческих организациях» (1995 г.) и др.

В этих документах определены конкретные формы деятельности общественных организаций, сформулированы их цели и задачи в области социальной защиты населения.

В конституции РФ указано, что в стране поощряется «создание дополнительных форм социального обеспечения и благотворительность». Закон «О благотворительной деятельности и благотворительных организациях» от 11 августа 1995 г. устанавливает основные правовые нормы, регулирующие благотворительную деятельность, определяет возможные способы и формы ее поддержки и поощрения со стороны органов государственной власти и местного самоуправления, указывает на специфические особенности благотворительной деятельности в России. В Законе определяется, что благотворительная деятельность - это добровольная деятельность граждан, учреждений по бескорыстной (безвозмездной или на льготных условиях) передаче гражданами имущества, в том числе денежных средств, бескорыстному выполнению работ, предоставлению услуг, оказанию иной поддержки.

Цели благотворительной деятельности в России по сравнению с законодательствами ведущих стран мира трактуются значительно шире. Это, например, содействие укреплению престижа и роли семьи в обществе, подготовка населения к преодолению последствий стихийных бедствий, экологических, промышленных или иных катастроф, к предотвращению несчастных случаев; оказание помощи пострадавшим от социальных, национальных, религиозных конфликтов, жертвам репрессий, беженцам и вынужденным переселенцам; содействие защите материнства, отцовства и детства, укреплению мира, дружбы и согласия между народами, предотвращению социальных, национальных, религиозных конфликтов.

Однако по сравнению с ведущими странами мира в российском законе отсутствуют такие направления благотворительной деятельности, как защита общечеловеческих и гражданских прав, содействие развитию промышленности и коммерции, поддержка различных религиозных течений и конфессий и др. Очевидно, что в последующем эти проблемы должны стать предметом законодательного и нормативно-правового регулирования.

Право на реализацию благотворительной деятельности имеют граждане и юридические лица, которые индивидуально или, объединившись (с образованием или без образования благотворительной организации) свободно выбирают цели этой деятельности и формы ее осуществления.

Благотворительная организация в обязательном порядке должна быть неправительственной (негосударственной и немunicipальной), некоммерческой. Благотворительные организации создаются в виде общественных организаций (объединений), фондов, учреждений.

Учредителями благотворительных организаций могут быть только физические и (или) юридические лица. Органы государственной власти и органы местного самоуправления, а также государственные и муниципальные учреждения не могут быть учредителями благотворительных организаций. Благотворительные организации должны регистрироваться в обязательном порядке. Регистрирующий орган осуществляет контроль за их деятельностью.

Благотворительная организация не вправе расходовать свои средства и использовать свое имущество для поддержки политических партий, движений, групп и компаний. Согласно закону она имеет право создавать филиалы и открывать представительства на территории Российской Федерации с соблюдением требований законодательства. Благотворительные организации могут также объединиться в организации и союзы на договорной основе. Обязательное условие их деятельности - расходовать на благотворительные цели не менее 80 % своих средств.

Органы государственной власти и органы местного самоуправления, признавая значимость благотворительной деятельности, могут оказывать ее участникам поддержку и помощь посредством предоставления льгот по уплате налогов, таможенных платежей, передаче в собственность на бесплатной или льготной основе государственного или муниципального имущества, размещение на конкурсной основе социальных заказов и т.д. В целях взаимодействия органов государственной власти, местного самоуправления и благотворительных организаций могут создаваться советы (комитеты). Их решения носят рекомендательный характер.

Споры между благотворительной организацией, гражданами и юридическими лицами рассматриваются в судебном порядке.

Участники благотворительной деятельности имеют право участвовать в международных благотворительных проектах, открывать счета в учреждениях других государств, принимать пожертвования от иностранных граждан, лиц без гражданства, иностранных международных организаций

Существуют разнообразные организационные формы российского благотворительного движения.

В соответствии с Законом Российской Федерации «Об общественных объединениях» (1995 г.) наиболее типичными формами общественных (благотворительных) объединений являются общественные организации, фонды, движения, учреждения.

Благотворительная общественная организация - это основанное на членстве общественное объединение, созданное на основе совместной деятельности для защиты общественных интересов и достижения установленных целей.

Благотворительный общественный фонд - это один из видов некоммерческих фондов, не имеющих членства общественное объединение, цель которого - формирование имущества на основе добровольных взносов, иных, не запрещенных законом поступлений и использование данного имущества на общественно полезные цели. Учредители и управляющие имуществом фонда не вправе использовать указанное имущество в собственных интересах

Благотворительные учреждения — это не имеющие членства общественные объединения, ставящие своей целью оказание конкурентного вида услуг, соответствующих интересам участников и уставным целям указанного объединения.

Гарантами финансовой стабильности благотворительной организации являются, прежде всего, хорошие связи руководителя с представителями государственного аппарата. На уровне федеральных и местных властей, что позволяет надеяться на получение государственной денежной помощи. Наличие постоянного спонсора - случай нередкий. Гарантиями успеха могут быть хорошо налаженные связи с зарубежными благотворительными организациями. Большое количество организаций ведет также коммерческую деятельность. Помогают благотворительным организациям и министерства: образования, культуры, здравоохранения и социального развития

Успешное функционирование благотворительных организаций обуславливают несколько основополагающих факторов - прежде всего усовершенствование правовой базы деятельности этих организаций, налаживание связей между частными благотворительными организациями и государственной структурой социальной защиты. Растет спрос на хорошо подготовленных профессиональных специалистов в данной области. В будущем необходимо также создавать четкие, реально осуществимые программы деятельности благотворительных организаций. Еще один важный фактор - подготовка сознания клиента социальной службы к тому, что помощь ему может быть оказана благотворительной организацией.

2.3. СЕМИНАРСКИЕ ЗАНЯТИЯ И РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА К НИМ

Тема 1. Демографическая ситуация в РФ.

1. Основные статистические показатели: численность населения; смертность; рождаемость.
2. Возрастно-половой состав населения.
3. Естественное движение населения в Амурской области (статанализ, причины)

Литература

1. Кваша А. Что такое демография.- Москва-мысль, 1993.- 76 с.
2. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение.- М.:ГЭОТАР-МЕД, 2002.- 520 с.

3. Ткаченко А. Выходит ли Россия из демографического кризиса?.-М., 2004.- 148 с.
4. Электронная библиотека России. Итоги Всероссийской переписи населения.- М.:Статистика России, 2006 (www.book.ru)
5. Андреев Е. М., Дарский Л. Е., Харькова Т. Л. Демографическая история России: 1927-1959 год.- М., 1998

Тема 2. Государственная социальная политика по улучшению положения детей.

1. Объект, предмет, цель и специфические задачи политики.
2. Положение детей в современной России.
3. Социально-правовая защита детства.

Литература

1. Гражданский кодекс РФ (от 26.11.2001 г., №146-ФЗ)
2. Конвенция ООН о правах ребенка (Принята резолюцией 44/25 Генеральной Ассамблеи от 20 ноября 1989 года. Вступила в силу 2 сентября 1990 года)
3. Об основах социального обслуживания населения" (от 10.12.95 №195-ФЗ.) (в редакции от 10.07.02 №87-ФЗ, 25.07.02 №115-ФЗ, от 10.01.03 №15-ФЗ)
4. Федеральная целевая программа "Дети России" на 2007 - 2010 годы (Постановлением Правительства Российской Федерации от 21 марта 2007 г. № 172)
5. Об утверждении Основных направлений государственной социальной политики по улучшению положения детей в РФ до 2000 г. (Национального плана действий в интересах детей)» (Указ Президента РФ от 14.09.1995 № 942)

Тема 3. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан

1. Охрана здоровья граждан (понятие). Задачи законодательства РФ в области охраны здоровья
2. Основные принципы охраны здоровья граждан.
3. Право граждан Российской Федерации на охрану здоровья. Права в области охраны здоровья семьи, женщин и детей; беременных женщин и матерей; несовершеннолетних.

Литература

1. Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан (утверждено ВС РФ 22.07.93 г. №5487-1).
2. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение.- М.:ГЭОТАР-МЕД, 2002.- 520 с.

Тема 4. Знакомство с отделом ЗАГС администрации г. Благовещенска.

1. Цель и задачи отделов ЗАГС

2. Основные направления работы: регистрация новорожденных детей, в т.ч. детей одиноких матерей; регистрация усыновления; особенности регистрации браков несовершеннолетних; статистические данные

Литература

1. Об актах гражданского состояния (Федеральный закон Российской Федерации от 15.11.1997 г. № 143-ФЗ)
2. Семейное законодательство. Сборник нормативных актов и документов.- М.:Спарк, 1995.

Тема 5. Знакомство с работой Центра планирования семьи (Амурская областная клиническая больница)

1. Цель создания. Структура.
2. Права клиента служб планирования семьи.
3. Программы планирования семьи (региональные и федеральные)

Литература

1. ФЦП «Планирование семьи».- www.lawlinks.ru
2. О штатно-организационной структуре центров планирования семьи и репродукции (Указание МЗ РФ от 23.03.98 №219-У, Утверждено приказом Минздрава России от 23.03.2003 №50)

Тема 6. Дома ребенка – как форма медико-социальной защиты детей.

1. Знакомство организацией работы Дома ребенка (г. Благовещенск).
2. Структура подразделений.
3. Методы и формы воспитания и лечения детей в Доме ребенка.

Литература

1. Об утверждении «Положения о Доме ребенка» и «Инструкции о порядке приема детей в Дом ребенка и выписке из него» (Приказ МЗ СССР от 19.11.86 №1525).
2. О совершенствовании деятельности Дома ребенка (приказ МЗ РФ от 24.01.2003 №2)

Тема 7. Правовое обеспечение беременности, родов, прерывания беременности.

1. Законодательные основы охраны здоровья женщин.
2. Ограничение использования труда беременных женщин как мера охраны здоровья.
3. Гарантии сохранения их здоровья женщин в период беременности и воспитания детей.
4. Правовое регулирование прерывания беременности.

Литература

1. Семейный кодекс РФ (от 29.12.95, №233-ФЗ, редакция 28.12.04) .
2. Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан (утверждено ВС РФ 22.07.93 г. №5487-1).
3. Трудовой Кодекс РФ (ФЗ РФ от 30 декабря 2001 г. №197-ФЗ).

Тема 8. Социальный приют для детей и подростков как форма социальной защиты

1. Социальное сиротство в современной России.
2. Функции социальных приютов для детей и подростков.
3. Структура приютов.
4. Организация работы приютов для детей и подростков.

Литература.

1. Технологии социальной работы/Под ред. Профессора Е.И.Хохловой.- М.:ИНФРА, 2003.
2. Савинов А.Н., Зарембо Т.Ф. Организация органов социальной защиты.- М.Мастерство:Высшая школа, 2001.
3. Социальная работа/Под ред профессора В.И.Курбатова.- Ростов-на-Дону:Феникс, 2003.

Тема 9. Половое воспитание детей – как элемент системы охраны материнства и детства.

1. Цель и задачи полового воспитания.
2. Роль школы, учреждений образования, социального обеспечения и семьи.
3. Организационные формы полового воспитания детей.
4. Концепция Российской Академии образования о половом воспитании.

Литература.

www.courier.com.ru

2.4. САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА СТУДЕНТОВ

Самостоятельная работа студентов включает следующие виды работ:

- знакомство с научно-практической и методической литературой по вопросам социального обслуживания населения;
- работа с нормативно-правовой литературой по вопросам социального обслуживания, охраны материнства и детства в РФ;

Контроль самостоятельной работы студентов включает:

- текущие контрольные задания на семинарских занятиях по итогам лекции, семинара;
- защита докладов и рефератов;
- тестирование и т.п.

2.5. ТРЕБОВАНИЯ К РЕФЕРАТАМ

Оформление:

1. Титульный лист: указать наименование учреждения, факультета, кафедры (на которую сдается работа), тему реферата, Ф.И.О. исполнителя и руководителя, дата подготовки доклада реферата или предоставления его на проверку город и год.
2. План: соблюдение трехзвенной структуры (введение, основная часть, заключение или выводы) и однотипности плана (хронологический или описательный).

3. Текст: соблюдение формата (А 4), наличие полей, ссылок на источник и сносок, указание пунктов плана в тексте, аккуратность и отсутствие грамматических ошибок; при необходимости иллюстрируется таблицами, графиками, рисунками и т.д., которые оформляются в качестве приложения к реферату.
4. Приложение: наличие таблиц, карт, схем, графиков и других средств, наглядно поясняющих содержание, оформленных соответствующим образом.
5. Список используемой для подготовки и цитируемой литературы приводится в конце реферата в алфавитном порядке; оформление библиографии: при цитировании монографии - фамилия, имя, отчество автора (авторов), название монографии, место издания, издательство, год издания, общее количество страниц; при цитировании статей из журналов - фамилия, имя, отчество автора (авторов), название работы, название журнала, год издания, номер или месяц выпуска, страницы, на которых опубликована работа.

Содержание:

6. Работа должна быть написана в научном или научно-популярном стиле.
7. Объем реферативной работы должен быть не менее 15 -20 листов (лист = 1 страница текста с одной стороны листа, другая сторона остается чистой); докладываемый материал должен быть изложен в течение 10-12 минут.
8. Использование нескольких источников (документальные источники, первоисточники), самостоятельный поиск дополнительной литературы (преимущественно монографического характера).
9. Изложение темы должно соответствовать плану, целесообразность включения каждого вопроса рассматривается отдельно.
10. Тема раскрыта полностью: прослеживается логичность изложения, отсутствие плагиата и исторических погрешностей.
11. Наличие собственных оценок и выводов, в работе должно проявиться творчество и собственные мысли автора - наравне с цитатами из работ теоретиков и практиков, разрабатывающих данную тему.
12. Обоснование актуальности темы, ее новизны, степени разработанности, различные теоретические подходы и т.п.; подведение итогов ее изучения.

Глубокое раскрытие темы:

13. Использование новейшей литературы, в том числе и материалов Интернет.
14. Рассмотрение нескольких мнений, позиций, концепций.
15. Опровержение противоположных точек зрения, доказательность и обоснованность аргументов.
16. Использование знаний из дополнительных источников.
17. Отражение собственной позиции и отношения к теме.

Критерии оценки:

- соответствие оформления реферата приведенным выше требованиям;
- четкость доклада;
- владение изложенным материалом;
- наличие собственных оценок и выводов,
- правильность ответов на вопросы аудитории, аргументированное опровержение противоположных точек зрения;
- заинтересованность аудитории излагаемым материалом.

2.6. ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ

1. Исторические аспекты формирования семьи и семейных отношений.
2. Особенности государственной семейной политики в условиях социально-экономических реформ в нашей стране.
3. Здоровье матери как фактор, обеспечивающий здоровье ребенка.
4. Семейные традиции и здоровье детей.
5. Общественные организации и объединения по социальной защите семьи, материнства и детства в г. Благовещенске.
6. Демографическая ситуация в г. Благовещенске.
7. Приоритетный национальный проект «Здоровье» - шаг к улучшению ситуации в области охраны материнства и детства.
8. Охрана материнства и детства и государственная семейная политика в РФ.
9. Социальная работа по охране материнства и детства в США, Швеции, Франции, Китае, Японии (по выбору)).
10. Законодательная база охраны материнства и детства в РФ (Конституция, Трудовой кодекс РФ, Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан).
11. Планирование семьи как система мер охраны здоровья женщин.
12. Центр планирования семьи: цели и задачи; права клиента служб планирования семьи; программы планирования семьи (региональные, федеральные).
13. Новые репродуктивные технологии как элемент охраны репродуктивного здоровья.
14. Этические проблемы новых репродуктивных технологий.
15. Правовая основа применения новых репродуктивных технологий.
16. Основные методы регуляции рождаемости.
17. Законодательная база защиты прав детей в РФ.
18. Роль социальных организаций и учреждений в обеспечении защиты прав детей.
19. Роль социальных организаций и учреждений в обеспечении защиты прав женщин.
20. Правовое регулирование отношений, связанных с беременностью и родами.
21. Правовое регулирование отношений, связанных с искусственным прерыванием беременности.

22. Социальный приют для детей и подростков как форма социальной защиты.
23. Центры социальной помощи семьям с детьми как элемент системы охраны материнства и детства.
24. Социальные службы по охране материнства и детства в г. Благовещенске.
25. Программы обеспечения социальной защиты детей группы риска.
26. Значение полового воспитания детей в обеспечении охраны детства и материнства

3. МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОВЕРКИ ЗНАНИЙ (ПРОВЕРОЧНЫЕ ЗАДАНИЯ ПО КУРСУ)

3.1. Входящий контроль

Проводится в виде короткого (5 минут) письменного опроса.

Перечень вопросов для входящего контроля:

1. Охарактеризуйте понятие «Охрана материнства и детства»
2. Назовите государственные структуры, обеспечивающие охрану материнства и детства в РФ.
3. Перечислите законодательные акты, направленные на обеспечение охраны материнства и детства в РФ.
4. Охарактеризуйте понятие «Планирование семьи»
5. Перечислите известные Вам учреждения и предприятия социального обслуживания (по охране материнства и детства)
6. Перечислите пособия, гарантированные в РФ, в связи с беременностью и родами
7. Назовите международные правовые документы, обеспечивающие защиту прав женщин и детей
8. Охарактеризуйте понятия «Здоровье», «Охрана здоровья»
9. Перечислите известные Вам государственные пособия на детей
10. Назовите общественные организации Охраны материнства и детства

3.2. Промежуточный контроль

Проводится в виде опроса на семинарских занятиях, обсуждения реферативных докладов.

3.3. Итоговый контроль (вопросы к экзамену или зачету)

1. Основные задачи семейной политики в РФ.
2. Какие существуют правовые гарантии социальной защиты населения.
3. Какие учреждения, организации, службы способны оказать содействие женщине в решении ее проблем.
4. Что такое семья, в чем ее социальное значение.
5. В чем состоят социальные проблемы современных семей.
6. Система защиты права несовершеннолетних детей в РФ.
7. Защита прав и интересов детей, оставшихся без попечения родителей.
8. Государственные пособия на детей.
9. Трудовой кодекс об охране материнства и детства.
10. Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан. Права семьи, беременных женщин и матерей.
11. Обеспечение права граждан на социальное обслуживание.
12. Учреждения социальной защиты семьи, материнства и детства.
13. Цель и основные задачи Центра социальной помощи семьям с детьми.
14. Семейная политика в Амурской области.
15. Социальные гарантии семьи в Швеции, Дании, США, Англии.
16. Организация охраны материнства и детства в Амурской области

17. Правовое обеспечение беременности, родов, прерывания беременности .
18. Цели, задачи, структура, правовые основы работы Центров социальной помощи семье и детям .
19. Социальный приют для детей и подростков как форма социальной защиты.
20. Современные технологии поддержки семьи.
21. Цели, задачи, структура, правовые основы работы социально- реабилитационных центров для несовершеннолетних.
22. Цели, задачи, структура, правовые основы работы детских Домов-интернатов для умственно отсталых детей, интернатов для детей с ограниченными физическими недостатками.
23. Цели, задачи, структура, правовые основы работы Центров планирования семьи.
24. Новые репродуктивные технологии как элемент охраны репродуктивного здоровья.
25. Законодательная основа использования новых репродуктивных технологий.

3.4. Критерии оценки знаний студентов

Нормы оценки знаний предполагают учет индивидуальных особенностей студентов, дифференцированный подход к обучению, проверке знаний, умений.

В устных ответах студентов на экзамене, в сообщениях и докладах, а также в письменных видах работ оцениваются знания и умения по пятибалльной системе. При этом учитываются: глубина знаний, полнота знаний и владение необходимыми умениями (в объеме программы), осознанность и самостоятельность применения знаний и способов учебной деятельности, логичность изложения материала, включая обобщения, выводы (в соответствии с заданным вопросом), соблюдение норм литературной речи.

Знания, умения и навыки студента оцениваются по четырехбалльной системе.

Оценка «отлично» - материал усвоен в полном объеме: изложен логично; основные умения сформулированы и устойчивы; выводы и обобщения точны и связаны с явлениями окружающей жизни.

Оценка «хорошо» - в усвоении материала незначительные пробелы: изложение недостаточно систематизировано; отдельные умения недостаточно устойчивы; в выводах и обобщениях допускаются некоторые неточности.

Оценка «удовлетворительно» - в усвоении материала имеются пробелы; материал излагается несистематизировано; отдельные умения недостаточно сформулированы; выводы и обобщения аргументированы слабо; в них допускаются ошибки.

Оценка «неудовлетворительно» - основное содержание материала не усвоено, выводов и обобщений нет.

3.5. Рекомендуемая литература

1. Антология социальной работы. В 5 т. Т. 3. Социальная политика и законодательство в социальной работе/Сост. М.В. Фирсов.- М.- 1995.
2. Всеобщая декларация прав человека (Принята и провозглашена резолюцией 217 А (III) Генеральной Ассамблеи от 10 декабря 1948 года).
3. Ваганов Н.Н. Стратегия охраны здоровья женщин и детей.//Семья в России.- 1995.- № 1-2.
4. Ваганов Н.Н. О состоянии и перспективах развития службы социальных работников в области охраны материнства и детства//Социальная работа.- 1992.- № 1.
5. Волков А.Л. Швеция: социально-экономическая модель. Справочник.- М.:Мысль, 1991.
6. Государственная служба социальной помощи семье (Сб. мат. из практич. работы).- М.:Минсоцзащита РФ.- 1991.
7. Гражданский кодекс РФ (от 26.11.2001 г., №146-ФЗ, редакция 02.12.2004)
8. Григорьева Л.С. Социальная работа в службе планирования семьи//Социальная работа.- 1993.- № 8.
9. Зубкова Т.С., Тимошина Н.В. Организация и содержание работы по социальной защите женщин, детей и семьи.- М.:Академия.- 2004.- 221 с.
10. Конвенция ООН о правах ребенка (Принята резолюцией 44/25 Генеральной Ассамблеи от 20 ноября 1989 года. Вступила в силу 2 сентября 1990 года)
11. Конституция РФ, 1993 г.
12. Кваша А. Что такое демография.- Москва-мысль, 1993.- 76 с.
13. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение.- М.:ГЭОТАР-МЕД, 2002.- 520 с.
14. Нормативно-правовые основы социального обслуживания семьи, женщин и детей. Сборник нормативных документов по вопросам социального обслуживания семьи, женщин и детей.-М, 1995
15. Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (Вступил в силу 3 января 1976 г)
16. Об основах социального обслуживания населения" (ФЗ от 10.12.95 №195-ФЗ.) (в редакции ФЗ от 10.07.02 №87-ФЗ, 25.07.02 №115-ФЗ, от 10.01.03 №15-ФЗ.
17. Об основных направлениях государственной семейной политики (Указ Президента РФ от 14.05.96 №712)
18. Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан (утверждено ВС РФ 22.07.93 г. №5487-1).
- 19.25.О федеральной целевой программе «Дети России» (Пост. Правительства РФ от 03 октября 2002 г. №732).
- 20.26.О государственных пособиях гражданам, имеющим детей (ФЗ от 19.05.95 №81-ФЗ; в редакции Фед-х законов от 1996-2002 гг.).

21. О неотложных мерах по социальной защите детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей (Постановление правительства РФ от 20.6.1992 №409)
22. Об общественных объединениях (ФЗ от 19.05.95 №82)
23. О благотворительной деятельности и благотворительных организациях (ФЗ от 11.08.95 №135-ФЗ)
24. О дополнительных гарантиях по социальной защите детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей (ФЗ от 21.12.96 №159-ФЗ)
25. О профилактике безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, защите их прав (от 06.09.93 №1338)
26. О реализации Конвенции ООН о правах ребенка и Всемирной декларации об обеспечении выживания, защиты и развития детей (Постановление правительства РФ от 23.08.1993 №848)
27. Об утверждении положения о Комиссии по координации работ, связанных с выполнением Конвенции ООН о правах ребенка и Всемирной декларации об обеспечении выживания, защиты и развития детей в Российской Федерации, и ее состав (Постановление правительства РФ от 23.10.1993 №1077)
28. Об утверждении Типового положения о специальном учебно-воспитательном учреждении для детей и подростков с девиантным поведением (с изменениями от 08.01.97) (Постановление правительства РФ от 25.04.95 №420)
29. Об утверждении Типового положения об общеобразовательной школе-интернате (Постановление правительства РФ от 26.06.95 №612)
30. Об утверждении Типового положения об общеобразовательном учреждении для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей (Постановление правительства РФ от 01.07.95 №676)
31. Об утверждении Положения о порядке назначения и выплаты государственных пособий гражданам, имеющим детей (Постановление правительства РФ от 04.09.95 №883)
32. Об утверждении перечня социальных показаний для искусственного прерывания беременности (Постановление правительства РФ от 18.06.96 №6707)
33. Об утверждении порядка воспитания и обучения детей-инвалидов на дому и в негосударственных образовательных учреждениях (Постановление правительства РФ от 18.07.96 №861)
34. О предоставлении льгот инвалидам и семьям, имеющим детей-инвалидов, по обеспечению их жилыми помещениями, оплате жилья и коммунальных услуг (Постановление правительства РФ от 27.07.96 №901)
35. Об организации централизованного учета детей, оставшихся без попечения родителей (Постановление правительства РФ от 03.08.96 №919)
36. Об утверждении Примерного положения о специализированном учреждении для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации (Постановление правительства РФ от 13.09.96 №1092)

37. О внесении изменений и дополнений в Типовое положение об общеобразовательной школе-интернате и Типовое положение образовательном учреждении для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей (Постановление правительства РФ от 14.10.96 №1203)
38. Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних (ФЗ от 21.05.99)
39. Об органах опеки и попечительства на территории области (закон АО от 26.05.98)
40. Об адресной социальной помощи (Закон Амурской области от 27.08.1995)
41. Об адресной социальной помощи (Закон Амурской области от 23.12.04).
42. Об утверждении Основных направлений государственной социальной политики по улучшению положения детей в РФ до 2000 г (Национального плана действий в интересах детей) Указ Президента РФ от 14.09.1995 № 942
43. Об актах гражданского состояния (Федеральный закон Российской Федерации от 15.11.1997 г. № 143-ФЗ)
44. О некоммерческих организациях (Федеральный закон Российской Федерации от 12.01.96 №7-ФЗ)
45. Об утверждении перечня социальных показаний для искусственного прерывания беременности (Постановление правительства РФ № 567 от 8.05.96 года)
46. О перечне социальных показаний для искусственного прерывания беременности (Постановление Правительства РФ от 11 августа 2003 года N 485.
47. О перечне социальных показаний и утверждении инструкций по искусственному прерыванию беременности (Приказ МЗ РФ "" № 242 от 11.06.96г.
48. Полный сборник кодексов Российской Федерации.- М.:ЭКСМА, 2006.- 1136 с.
49. Приемная семья – сиротам//Соц. обеспечение.- 1996.- № 10.
50. Проблемы детства: доклад третий//Соц. обеспечение.- 1996.- № 8.
51. Социально-правовая защита семьи: Учебно-методическое пособие/Сост. П.П. Глущенко.- М.:Юристъ, 1997.
52. Семейный кодекс РФ (от 29.12.95, №233-ФЗ, редакция 28.12.04) .
53. Семейное законодательство. Сборник нормативных актов и документов.- М.:Спарк, 1995.
54. Семья как объект социальной работы//Социальная работа.- 1993.- № 7.
55. Семья и семейная политика//Сборник АН СССР.- 1991.
56. Семья в Амурской области. Статистический сборник.- Благовещенск, 2000.
57. Справочник по клинко-экспертной работе.- М.:ГРАНТЬ, 1998
58. Трудовой Кодекс РФ (ФЗ РФ от 30 декабря 2001 г. №197-ФЗ).

- 59.Ткаченко А. Выходит ли Россия из демографического кризиса?.-М., Федеральная целевая программа "Дети России" на 2007 - 2010 годы (Постановлением Правительства Российской Федерации от 21 марта 2007 г. № 172)
- 60.Эффективность деятельности учреждений социального обслуживания семьи и детей.- М., 1997.
- 61.2004.- 148 с.
- 62.Электронная библиотека России. Итоги Всероссийской переписи населения.- М.:Статистика России, 2006 (www.book.ru)

3.6. Тестовые задания

Инструкция: Необходимо выбрать один из предложенных вариантов ответа.

1. Согласно международной традиции, «ребенок» - это:

- а) каждое человеческое существо до достижения 18-летнего возраста;
- б) каждое человеческое существо до совершеннолетия;
- в) каждое человеческое существо до достижения 18-летнего возраста, если по закону, применимому к данному ребенку, он не достигает совершеннолетия ранее;
- г) все ответы верны;
- д) ни один ответ не верен.

2. Группа социального риска – это:

- а) группа, объединяющая людей, которые в силу своего социального положения и образа жизни подвержены опасным отрицательным воздействиям и в результате этого представляют угрозу нормальной жизнедеятельности общества;
- б) группа населения, которая в наибольшей степени подвергается тому или иному риску;
- в) разнородность социальной номинальной группы;
- г) все ответы верны;
- д) ни один ответ не верен.

3. В зависимости от возраста ребенка его мнению придается:

- а) большее правовое значение;
- б) одинаковое правовое значение;
- в) различное правовое значение;
- г) все ответы верны;
- д) ни один ответ не верен.

4. Дети, оставшиеся без попечения родителей, - это:

- а) лица в возрасте до 18 лет, у которых умерли оба или единственный родитель;
- б) лица в возрасте до 18 лет, которые остались без попечения единственного или обоих родителей;
- в) лица в возрасте от 18 до 23 лет, у которых, когда они находились в возрасте до 18 лет, умерли оба или единственный родитель, а также которые остались без попечения единственного или обоих родителей;

- г) все ответы верны;
- д) ни один ответ не верен.

5. Форма устройства не достигших возраста 14 лет детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в целях их содержания, воспитания и образования, а также для защиты их прав и интересов - это:

- а) опека;
- б) попечительство;
- в) усыновление;
- г) все ответы верны;
- д) ни один ответ не верен.

6. Законодательно закрепленные дополнительные меры по социальной защите прав детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, а также лиц из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, во время получения ими очного профессионального образования - это:

- а) федеральное законодательство;
- б) Конвенция о правах ребенка;
- в) дополнительные гарантии по социальной поддержке;
- г) все ответы верны;
- д) ни один ответ не верен.

7. «Великой хартией вольности для детей», «Мировой Конституцией прав ребенка» называют:

- а) Декларацию прав человека и гражданина
- б) Конвенцию прав ребенка;
- в) Конституцию США;
- г) все ответы верны;
- д) ни один ответ не верен.

8. Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) был создан в:

- а) 1925 г.;
- б) 1945 г.;
- в) 1975 г.;
- г) все ответы верны;
- д) ни один ответ не верен.

9. Основной международный документ, который входит в комплекс законодательных актов о правах ребенка – это:

- а) Женевская декларация о социальных гарантиях прав ребенка;
- б) Конвенция о ликвидации насилия в отношении детей;
- в) Декларация прав ребенка;
- г) все ответы верны;
- д) ни один ответ не верен.

10. Социальная защищенность - это:

а) социальные меры по поддержке «слабых» социальных групп, семей, личностей, испытывающих трудности в процессе своей жизнедеятельности и деятельного существования;

б) минимум социальных условий, предоставляемых индивиду обществом в качестве гарантии обеспечения процесса воспроизводства;

в) система социальных мер в виде поддержки, содействия и услуг, оказываемых отдельным лицам или группам населения социальной службой для преодоления жизненных трудностей, поддержанию социального статуса и адаптации в обществе;

г) все ответы верны;

д) ни один ответ не верен.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
1. Цели и задачи дисциплины, ее место в учебном процессе	5
2. Содержание дисциплины	6
2.1 Распределение часов курса по темам и видам работ	6
2.2. Тематический план лекционных занятий	7
<i>Тема 1.</i> Вводная лекция. Демографическая ситуация в РФ	7
<i>Тема 2.</i> Основные направления государственной социальной политики в интересах женщин и детей	24
<i>Тема 3.</i> Семья в структуре общества и государства	30
<i>Тема 4.</i> Основные направления государственной семейной политики в РФ.	41
<i>Тема 5.</i> Защита прав детей в РФ.	53
<i>Тема 6.</i> Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан	66
<i>Тема 7.</i> Права граждан при оказании медико-социальной помощи	76
<i>Тема 8.</i> Планирование семьи в структуре охраны материнства и детства	79
<i>Тема 9.</i> Правовое регулирование отношений, связанных беременностью, родами, искусственным прерыванием беременности	95
<i>Тема 10.</i> Новые репродуктивные технологии как элемент планирования семьи, поддержания репродуктивного здоровья. Этические проблемы	108
<i>Тема 11.</i> Учреждения защиты материнства и детства	117
<i>Тема 12.</i> Общественные и благотворительные организации в системе социальной защиты семьи, материнства и детства	127
2.3. Семинарские занятия и рекомендуемая литература к ним	130
2.4. Самостоятельная работа студентов	133
2.5. Требования к рефератам	133
2.6. Темы рефератов	134
3. Материалы для проверки знаний (проверочные задания по курсу)	136
3.1. Входящий контроль	136
3.2. Промежуточный контроль	136
3.3. Итоговый контроль (вопросы к экзамену или зачету)	136
3.4. Критерии оценки знаний студентов	137
3.5. Рекомендуемая литература	138
3.6. Тестовые задания	141