

РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ, ПОЛУЧИВШИХ ПОВРЕЖДЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ ВСЛЕДСТВИЕ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ НА ПРОИЗВОДСТВЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

СИДОРКИНА Л.А.

Фонд социального страхования Российской Федерации, г. Москва

С принятием Федерального закона от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» в России пересмотрена система социального страхования социалистического периода. Введены новые правовые, экономические и организационные основы обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний и определен порядок возмещения вреда, причиненного жизни и здоровью работника при исполнении им обязанностей по трудовому договору. Основы обязательного социального страхования обеспечивают застрахованным гражданам защиту от социальных и профессиональных рисков и проведение в необходимых случаях комплексной медицинской, социальной и профессиональной реабилитации.

Проблемы заболеваний и инвалидности вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний имеют важное социально-экономическое значение, поскольку касаются состояния здоровья наиболее трудоспособной части населения, представителей многих массовых профессий в ряде ведущих отраслей промышленности и сельского хозяйства.

Ответственность Фонда социального страхования Российской Федерации (далее – Фонда) как страховщика за проведение медико-социальной реабилитации регулируется принципом передачи финансового риска, который предусматривает дальнейшую финансовую ответственность страховой структуры в случае неэффективности проведенного лечения и реабилитации. Отсюда следует заинтересованность Фонда в экономической эффективности лечения и реабилитации пострадавших для исключения дальнейшей финансовой нагрузки, связанной с выплатами пособий по временной нетрудоспособности, стойкой утрате трудоспособности, а также пенсий по инвалидности, что является существенной финансовой нагрузкой для государства.

В результате разгосударствления промышленного сектора единая промышленная лечебно-профилактическая система, существовавшая в СССР, была расформирована, а новая система профилактики, лечения и реабилитации пострадавших на производстве так и не была отработана в полном объеме на уровне государства в целом и отдельных субъектов Российской Федерации.

В связи с чем перед Фондом стоит задача формирования поэтапной комплексной системы реабили-

литации пострадавших на производстве, направленная на повышение результативности медико-социальной и профессиональной помощи работникам промышленной сферы, снижение уровня заболеваемости, сопровождающейся временной и стойкой утратой трудоспособности лиц работоспособного возраста, возвращение опытных и квалифицированных кадров к активной профессиональной деятельности, что позволит значительно уменьшить экономические потери предприятий и государства в целом.

Для этого Фонд с 2002 года приступил к формированию комплексной медицинской реабилитации пострадавших на производстве в подведомственных Фонду 12 Федеральных государственных учреждениях Центрах реабилитации (далее – Центрах реабилитации или ЦР), расположенных в регионах с отраслями промышленности, отнесенными к классам высокого профессионального риска.

В 2007 году общая коечная мощность Центров реабилитации составила 4358 коек, на их базе выполняется до 35 видов лицензированных медицинских работ и услуг, оказываемых в соответствии с нозологией и рекомендациями программы реабилитации пострадавших.

Количество пролеченных пострадавших в центрах реабилитации Фонда за период с 2005 по 2007 гг. увеличилось с 28238 до 35182 человек, что составило 24,6% роста.

В целях совершенствования системы реабилитации пострадавших с учетом распространенности и нозологии травматизма в различных федеральных округах Российской Федерации Фондом проведен анализ производственного травматизма, профессиональной заболеваемости и потребности в лечении работающих граждан за 2002-2007 годы.

За анализируемый период в Российской Федерации отмечается снижение общего числа произошедших на производстве страховых случаев на 33%: с 134691 в 2002 году до 90251 в 2007 году, в том числе несчастных случаев на производстве на 32% (с 124667 случаев, зарегистрированных в 2002 году, до 85012 случаев в 2007 году), что связано с увеличением средств, направляемых Фондом на финансирование предупредительных мероприятий по снижению производственного травматизма и профессиональных заболеваний.

Особенно необходимо отметить уменьшение тяжелых несчастных случаев, число которых сократилось за указанный период на 48%.

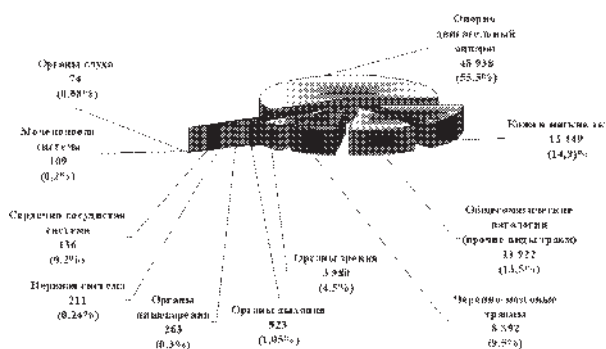
Таблица 1.

Годы	Всего	В том числе:			
		легкие несчастные случаи	тяжелые несчастные случаи	несчастные случаи со смертельным исходом	проф-заболе-вания
2002	134 691	102 475	16 477	5 715	10 024
2003	118 751	89 453	17 474	5 180	6 644
2004	106 735	80 062	17 290	3 684	5 699
2005	96 192	74 772	11 958	4 235	5 227
2006	93 468	75 624	9 020	3 591	5 233
2007	90 251	72 820	8 515	3 677	5 239

В структуре травм, полученных пострадавшими на производстве в 2007 году (диаграмма 1), наибольший удельный вес занимают травмы опорно-двигательного аппарата – 55,5% (48938), кожи и мягких тканей – 14,9% (13149), общесоматической патологии (прочие виды травм) – 13,5% (11922), черепно-мозговые – 9,5% (8392).

Диаграмма 1.

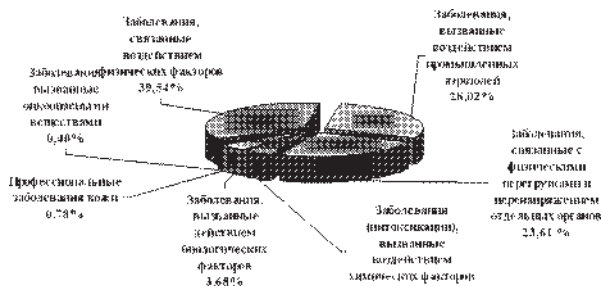
Структура распределения пострадавших по основным видам травм.



В структуре страховых случаев профессиональные заболевания в 2002 году занимали 7%, в 2007 году – 5,8%. Большая часть впервые выявленных профессиональных заболеваний (диаграмма 2) связана с воздействием физических факторов (39,54%), воздействием промышленных аэрозолей (28,02%), физическими перегрузками и перенапряжением отдельных органов (23,61%), по другим видам профзаболеваний от 3,98 до 0,40%.

Диаграмма 2.

Распределение пострадавших по основным видам профессиональных заболеваний.



В соответствии с Положением об оплате дополнительных расходов на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию застрахованных лиц, получивших повреждение здоровья вследствие несчастных случаев на производстве и профессио-

нальных заболеваний, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 15.05.2006 № 286, в настоящее время Фондом производится страховые выплаты порядка 550 тысячам пострадавших (диаграмма 3).

Диаграмма 3.

Динамика получателей ежемесячных страховых выплат (тыс. чел.).

Динамика получателей экономических страновых вычетов (тыс. дол.)

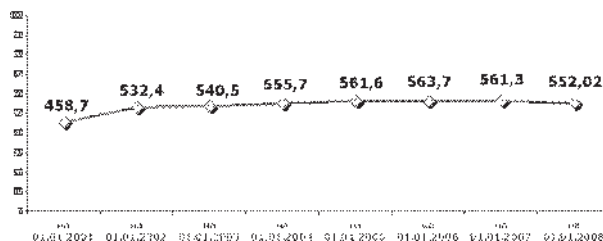
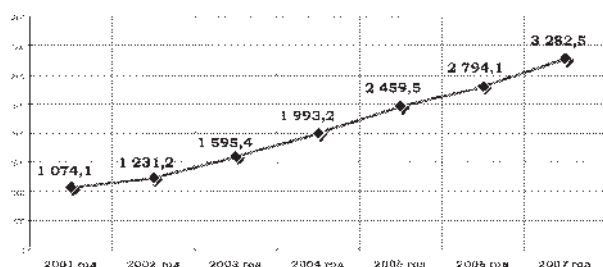


Диаграмма 4.

Динамика дополнительных расходов.

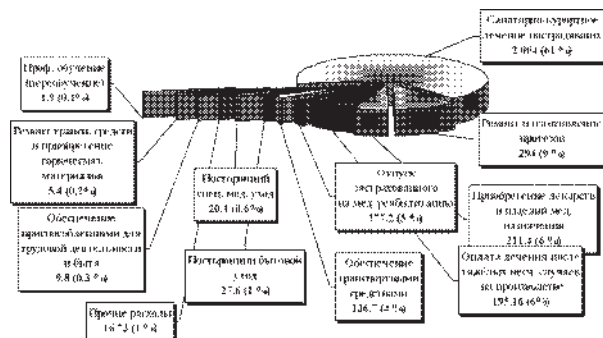


В 2007 году расходы на эти цели в целом по России возросли по сравнению с предыдущим годом более чем на 488,4 млн. рублей (на 17%) и составили более 3,282 млрд. рублей. Затраты Фонда на реабилитацию с 2001 по 2007 годы увеличились более чем в 3 раза при практически неизменной структуре расходов на реабилитацию.

Структура дополнительных расходов на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию за 2001-2007 годы (диаграмма 5) выглядит следующим образом:

Диаграмма 5.

Структура дополнительных расходов на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию.



Обращает внимание, что с 2002 по 2007 гг. наблюдалось снижение впервые выявленных случаев производственного травматизма и профессиональных заболеваний более чем на 30%, тогда как количество дополнительных расходов на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию продолжало увеличиваться. При этом в 2007 году свыше

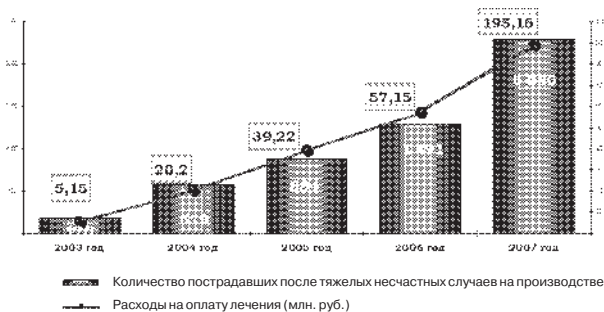
61% расходов (более 2,004 млн. рублей) от всех дополнительных расходов составляют затраты на санаторно-курортное лечение пострадавших в учреждениях, оказывающих санаторно-курортные услуги, что превысило аналогичные расходы 2006 года на 13%.

В то же время на основании данных медицинских источников наиболее эффективной с позиции восстановления утраченных функциональных и органических возможностей организма является реабилитация в ранние сроки (от начала получения травмы до двух лет), что также подтверждается и статистическими данными, полученными из региональных отделений Фонда.

Расходы Фонда на лечение пострадавших в раннем периоде после получения травмы возросли более чем в 3,4 раза с 57,15 млн. рублей в 2006 году до 195,16 млн. рублей в 2007 году.

При этом средние затраты на оплату лечения одного пострадавшего возросли на 24,3%: с 31,2 тыс. рублей в 2006 году до 38,78 тыс. рублей в 2007 году. Ранняя реабилитация позволяет более чем половине пострадавших восстановить трудоспособность и вернуться к профессиональной деятельности. Так, из 8 515 пострадавших от тяжелых несчастных случаев на производстве получили лечение 5 030 человек. При этом в 2007 году восстановлена профессиональная трудоспособность у 51% от общего числа законченных случаев.

Диаграмма 6.
Оплата лечения пострадавших после тяжелых несчастных случаев.



Количество пролеченных после произошедших тяжелых несчастных случаев на производстве на базе Центров реабилитации Фонда социального страхования в 2005 году составляло 105 человек, в 2006 году – 148 человек, в 2007 году – 173.

Учитывая экстренность проведения мероприятий по ранней реабилитации, динамичность параметров назначаемых медицинских и социальных услуг, Фондом предлагается проводить реабилитационные мероприятия только в организациях, оказывающих на одной базе широкий спектр медицинских услуг по стационарной и санаторно-курортной медицинской помощи, экспертизе временной нетрудоспособности.

Остается низким удельный вес расходов Фонда, приходящихся на долю профессиональной реабилитации пострадавших от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, и составляет около 0,1%. Соответственно необходимо активизировать работу по отработке комплексного механизма организации и проведения эффективной профессиональной реабилитации на уровне субъектов Российской Федерации.

В целях реализации Единой государственной системы многопрофильной реабилитации лиц, получивших повреждение здоровья вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (далее – ЕГС РПП), необходимы создание более развитой системы взаимодействия органов и учреждений здравоохранения и социальной защиты, Фонда социального страхования Российской Федерации, службы медико-социальной экспертизы, а также пересмотр объемов финансирования лечения больного на различных этапах реабилитации, дополнительное открытие специализированных Центров реабилитации для полного охвата данного контингента [2].

Основные подходы к созданию ЕГС РПП с возможностью реализации всех аспектов реабилитационных мероприятий могут быть представлены следующим образом:

- региональный подход при формировании на территории сети учреждений здравоохранения с многоуровневой организацией комплексной реабилитации и преемственной этапности в лечении больных;
- размещение средств из разных источников финансирования по этапам оказания реабилитационных услуг;
- дифференциация в проведении реабилитационных мероприятий в зависимости от степени интенсивности лечебно-диагностического процесса [3].

Принцип «регионализации» сети учреждений здравоохранения, ориентированных на реабилитацию пострадавших на производстве, основан на подходе, при котором в основу кладется численность населения, занятого в отраслях промышленности, отнесенных к классам высокого профессионального риска. Такой подход требует формирования на территориях единой функциональной системы реабилитации, разделения функций каждого уровня медицинского и социального обслуживания и типа учреждений для обеспечения перехода на интенсивные и взаимосвязанные модели деятельности [1].

Базовым звеном ЕГС РПП должны стать Центры реабилитации, непосредственно решающие задачи медицинской, социальной и профессиональной реабилитации. Сеть центров реабилитации должна охватывать всю территорию Российской Федерации и ориентироваться на оказание реабилитационных услуг гражданам, проживающим в регионе.

Таким образом, комплексная программа реабилитации пострадавших от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний на базе Центров реабилитации Фонда должна включать в себя:

- реабилитацию в ранние сроки от тяжелых несчастных случаев, в том числе ее стационарный и санаторно-курортный этапы, включающие медикаментозное лечение, лечение курортными и преформированными факторами, психокоррекцию, а при необходимости – протезирование, обеспечение техническими средствами реабилитации в соответствии с РПП;
- реабилитацию в поздние сроки;
- социальную и профессиональную реабилитацию пострадавших.

ЛИТЕРАТУРА

1. Осадчих А.И., Лебедев И.В., Лысенко А.Е. Инвалидность и инвалиды: теория и практика // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 1998. – № 2. – С. 3-5.
2. Сырникова Б.А. Медико-социальная экспертиза и реабилитация, М., Медицина – 2003. – № 4. – С. 20-24, 32-33.

3. Шаповалов В.М., Ерохов А.Н. Ткаченко С.С. Современные проблемы восстановительного лечения раненых и больных ортопедо-травматического профиля. С-Пб. – 1999 – С. 518-523 (Труды Военно-медицинской академии, т. 248).

СТРУКТУРА ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ЗАВИСИМОСТЬ ОТ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО ФАКТОРА У ЛИКВИДАТОРОВ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ УЧАСТИЯ В РАБОТАХ ПО ЛИКВИДАЦИИ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АТОМНОЙ СТАНЦИИ

ТОРУБАРОВ Ф.С., ЗВЕРЕВА З.В., ДМИТРИЕВА Г.Э., ЕКИМОВА Н.Н., ИСАЕВА Н.А., САВИНА В.В.

АННОТАЦИЯ

Представлены результаты изучения структуры пограничных психических расстройств у ликвидаторов в отдаленном периоде после участия в работах по ликвидации последствий аварии на Чернобыльской атомной станции с анализом зависимости выявленных расстройств от социально-экономического фактора.

Установлено преобладание расстройств неврастенического плана.

Выявлены рентные установки у ликвидаторов, имеющих инвалидность, и связь заболевания с участием в ликвидации последствий аварии.

У ликвидаторов, не имеющих инвалидности и связи заболевания с участием в ликвидации последствий аварии, выявились более высокий уровень социальной адаптации и менее выраженные рентные установки.

Ключевые слова: нервно-психические расстройства, Чернобыльская авария, участники ликвидации последствий, отдаленный период.

ВВЕДЕНИЕ

Изучение психических расстройств пограничного уровня в отдаленном периоде после Чернобыльской катастрофы является приоритетной медико-социальной проблемой для всех категорий пострадавших и особенно для участников ликвидации последствий аварии (УЛПА) на Чернобыльской атомной станции (ЧАЭС). За весь послеаварийный период распространенность и заболеваемость болезнями нервной системы и пограничными психическими расстройствами среди пострадавших от аварии на ЧАЭС возросли в 2-5 и более раз по сравнению с аналогичными популяционными показателями [5,6].

Наибольший риск развития пограничных психических расстройств отмечался у участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС, особенно у тех, кто работал 3-5 и более лет в Чернобыльской зоне отчуждения [2]. В структуре распространенности болезней среди УЛПА на ЧАЭС психические расстройства пограничного уровня прочно заняли второе место, в отличие от структуры распространенности заболеваний у лиц, не участвовавших в ликвидации последствий аварии, среди которых эта форма патологии заняла 4-5 места.

С момента Чернобыльской катастрофы в клинике Государственного научного центра – института

биофизики (ГНЦ ИБФ) было обследовано более 1200 участников ликвидации последствий аварии, подвергшихся воздействию ионизирующего излучения в дозах, не вызывающих острую лучевую болезнь. Многие из них были обследованы и прошли лечение неоднократно. В архиве клиники накоплено около 3500 историй болезней УЛПА на ЧАЭС.

Опыт изучения архивных историй болезней показал, что у многих больных помимо неврологических и общесоматических заболеваний обнаруживались пограничные психические расстройства различной степени выраженности. Выявленные расстройства далеко не всегда поддавались лечению стандартными методами. По-видимому, кроме наличия психической патологии, имели место какие-то иные неучтенные факторы, влияющие на процесс лечения. Есть представления, согласно которым прогрессивное течение пограничных психических расстройств у УЛПА на ЧАЭС зависит не столько от дозы облучения, сколько от комплексного воздействия неблагоприятных факторов [2]. Одним из таких факторов, неблагоприятно влияющих на процесс излечения, может являться социально-экономическая неустроенность, социальная дезадаптация УЛПА на ЧАЭС.

Целью исследования явились изучение структуры пограничных нервно-психических расстройств у ликвидаторов в отдаленный период после участия в работах по ликвидации аварии на ЧАЭС и анализ зависимости этих расстройств от социально-экономического фактора.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Материалом исследования явились результаты стационарного обследования УЛПА на ЧАЭС в неврологическом отделении клиники ГНЦ ИБФ.

Для унификации постановки диагноза психических расстройств пограничного уровня была разработана анкета, которая включала данные клинического и параклинического обследований. Клиническое обследование состояло из расспроса, наблюдения, сбора анамнестических и катamnестических данных, общесоматического и неврологического обследований. Параклиническое обследование включало психодиагностические, психофизиологические и нейрофизиологические тесты и методики: простую зрительно-моторную реакцию (ПЗМР); исследование индивидуальных особенностей личнос-