

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
КЕМЕРОВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ АДМИНИСТРАЦИИ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ



Медицина в Кузбассе



Рецензируемый научно-практический журнал
Основан в 2002 году

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
А.Я. ЕВТУШЕНКО

Издатель:

НП «Издательский Дом
Медицина и Просвещение»

Адрес:

г. Кемерово, 650056,
ул. Ворошилова, 21
Тел./факс: 73-52-43

Шеф-редактор:

А.А. Коваленко

Научный редактор:

Н.С. Черных

Директор:

С.Г. Петров

Макетирование:

И.А. Коваленко
А.А. Черных

Издание зарегистрировано в
Сибирском окружном межрегиональ-
ном территориальном управлении
Министерства РФ по делам печати,
телерадиовещания и средств массо-
вых коммуникаций.
Свидетельство о регистрации
№ ПИ 12-1626 от 29.01.2003 г.

Отпечатано:

ООО «АНТОМ», 650004, г. Кемерово,
ул. Сарыгина, 29

Тираж: 500 экз.

Розничная цена договорная

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Агаджанян В.В., Барбараш Л.С., Курилов К.С.

– зам. главного редактора, Луцик А.А. – зам. главного редак-
тора, Михайлуц А.П., Разумов А.С. – ответственный секре-
тарь, Швец Т.И., Чурляев Ю.А.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Ардашев И.П. (Кемерово), Барбараш О.Л. (Кемерово), Брюханов В.М. (Барнаул), Бугаго Ю.И. (Кемерово), Галеев И.К. (Кемерово), Глушков А.Н. (Кемерово), Горбатовский Я.А. (Новокузнецк), Громов К.Г. (Кемерово), Гукина Л.В. (Кемерово), Ефремов А.В. (Новосибирск), Захаренков В.В. (Новокузнецк), Золоев Г.К. (Новокузнецк), Ивойлов В.М. (Кемерово), Казакова Л.М. (Кемерово), Колбаско А.В. (Новокузнецк), Копылова И.Ф. (Кемерово), Криковцов А.С. (Кемерово), Новиков А.И. (Омск), Новицкий В.В. (Томск), Подолужный В.И. (Кемерово), Рыков В.А. (Новокузнецк), Сапожков А.В. (Кемерово), Селедцов А.М. (Кемерово), Сытин Л.В. (Новокузнецк), Темерханов Ф.Т. (Кемерово), Усов С.А. (Кемерово), Устьянцева И.М. (Ленинск-Кузнецкий), Ушакова Г.А. (Кемерово), Хайновская И.Я. (Кемерово), Ханченков Н.С. (Кемерово), Царик Г.Н. (Кемерово), Шмидт И.Р. (Новокузнецк), Шраер Т.И. (Кемерово), Чеченин Г.И. (Новокузнецк).

Спецвыпуск № 9 - 2004

ISBN 5-8151-0011-0

Медицина в Кузбассе: Спецвыпуск № 9-2004:

**ВКЛАД ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ В ОХРАНУ ЗДОРОВЬЯ
НАСЕЛЕНИЯ КУЗБАССА.**

– Кемерово: ИД “Медицина и Просвещение”, 2004. – 120 с.

*Спецвыпуск содержит актуальные материалы о деятельности ГУ – Кузбасского регионального
отделения Фонда социального страхования РФ по охране здоровья населения Кузбасса.*

Редакционная коллегия выпуска:

Н.С. Ханченков – *председатель*

Т.В. Кузнецова

В.А. Черно

Е.Г. Остапенко

© НП Издательский Дом «Медицина и Просвещение», 2004 г.

Воспроизведение полностью или частями на русском и других языках разрешается по согласованию с редакцией

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ГОСУДАРСТВЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ – КУЗБАССКОГО РЕГИОНАЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ. ИТОГИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Совместным Постановлением Совета Министров РСФСР и Федерации независимых профсоюзов РСФСР от 25.12.1990 года № 600 “О совершенствовании управления и порядка финансирования расходов на социальное страхование трудящихся РСФСР”, с 1 января 1991 года был образован Фонд социального страхования Российской Федерации. Управление Фондом было возложено на Совет Федерации независимых профсоюзов РСФСР.

16 декабря 1991 года Постановлением Президиума федерации профсоюзных организаций Кузбасса было принято решение об образовании со 02 января 1992 года Кузбасского регионального отделения Фонда социального страхования РСФСР.

В соответствии с Временным Положением об отделении Фонда социального страхования РФ, утвержденным Фондом социального страхования Российской Федерации, Кузбасское региональное отделение до сентября 1994 года существовало наравне с областными отраслевыми отделениями Фонда, которых в области было по числу профсоюзных объединений – 29.

В функции Кузбасского регионального отделения входило методическое руководство отраслевыми отделениями и ежеквартальный свод финансового отчета по форме № 6 в целом по области. На 01.01.1992 года на учете в качестве страхователей в области стояли 6640 предприятий, учреждений и организаций.

Советом федерации профсоюзных организаций Кузбасса, при Кузбасском региональном отделении Фонда, был образован координационный совет, состоящий из представителей профсоюзных объединений (в основном, председателей профобъединений) и директоров отраслевых отделений. Председателем координационного совета был избран председатель обкома профсоюза рабочих строительства и промышленности строительных материалов. Была избрана и ревизионная комиссия, в функции которой входило проводить ревизии в региональном и отраслевых отделениях Фонда. Координационный совет собирался по мере необходимости. Рассматривались вопросы использования средств социального страхования, принимались решения, на какие цели направить свободные средства.

При областных отраслевых отделениях Фонда также были созданы координационные советы, состоящие из председателей профсоюзных комитетов. Эти координационные советы самостоятельно

решали вопросы использования средств социального страхования в отрасли. Областные отраслевые отделения объединялись Центральными отраслевыми отделениями Фонда социального страхования, созданными при Центральном комитете профсоюзов.

Такое положение сохранялось до издания Указа Президента Российской Федерации от 28.09.1993 года № 1503 “Об управлении государственным социальным страхованием в Российской Федерации”, которым управление государственным социальным страхованием уже фактически было возложено на Совет Министров – Правительство Российской Федерации с участием общероссийских профсоюзных объединений.

С этой даты начались коренные перемены в структуре Фонда социального страхования РФ, в т.ч. и Кузбасском региональном отделении Фонда. Совет Министров – Правительство Российской Федерации 26 октября 1993 года приняло постановление № 1094 “Вопросы Фонда социального страхования Российской Федерации”, которым было установлено, что управление государственным социальным страхованием в Российской Федерации осуществляется Советом Министров – Правительством Российской Федерации, при участии общероссийских профсоюзов, через органы Фонда социального страхования Российской Федерации.

После принятия Правительством РФ 12 февраля 1994 г. постановления № 101, утвердившего Положение о Фонде социального страхования РФ, создается система управления средствами социального страхования через региональные и отдельные центральные отраслевые отделения Фонда социального страхования, непосредственно подчиненные Фонду социального страхования Российской Федерации. В том числе, и на территории Кемеровской области – через Кузбасское региональное отделение Фонда.

С сентября по ноябрь 1994 года, из 29 областных отраслевых отделений Фонда, 23 были ликвидированы. Фондом социального страхования была утверждена структура Кузбасского регионального отделения Фонда, состоящая из аппарата регионального отделения и 17 территориальных филиалов.

Переход на территориальный принцип управления средствами социального страхования на территории Кемеровской области осуществлялся сложно. Несмотря на то, что при территориальном принципе исполнительные органы Фонда приближались к

страхователям, профсоюзные объединения пытались сохранить созданные при них отраслевые отделения в качестве филиалов Центральных отделений Фонда. Части профобъединений это удавалось до 2000 года.

В 2000 году, решением Фонда социального страхования, деятельность отраслевых отделений была прекращена. Кузбасское региональное отделение Фонда полностью перешло на территориальный принцип управления средствами обязательного социального страхования.

В сентябре текущего года исполняется 10 лет непростой работы филиалов Государственного учреждения – Кузбасского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации.

На 01.01.2004 года на учете в Кузбасском региональном отделении Фонда стоят 40014 работодателей-страхователей. При Кузбасском региональном отделении Фонда социального страхования РФ, в соответствии с Положением о Фонде, создан совещательный орган - Координационный совет из 20 членов: 4 представителя исполнительной власти, по 1 – от ЦБР, МНС по Кемеровской области, 4 – от работодателей, 6 – от профсоюзных объединений, 4 – от регионального отделения. Координационный совет собирается по мере необходимости, но не менее 2-х раз в год, на них рассматриваются вопросы исполнения бюджета регионального отделения, итоги проведения оздоровительных кампа-

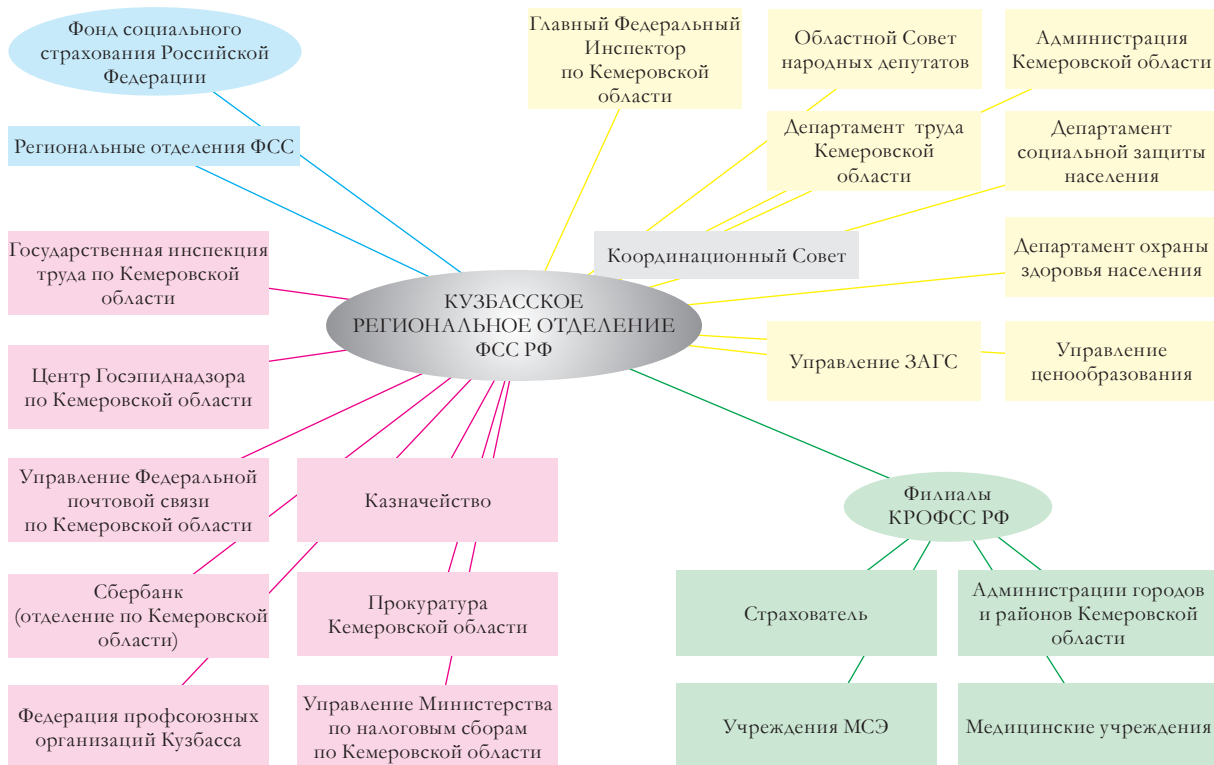
ний, вопросы экспертизы временной нетрудоспособности, осуществления страхования от несчастных случаев на производстве и профзаболеваний и другие, вынесенные на рассмотрение членами координационного совета.

При выполнении задач, поставленных перед ним, Кузбасское региональное отделение Фонда социального страхования РФ взаимодействует с законодательной и исполнительной властью, как на областном уровне, так и в территориях области (схема 1). Региональное отделение по вопросам обязательного социального страхования работает в тесном контакте и с другими организациями.

В соответствии с Федеральным законом от 16.07.99 г. № 165-ФЗ “Об основах обязательного социального страхования”, средства Фонда направляются на выплату пособий:

- по временной нетрудоспособности;
- по беременности и родам;
- единовременных при рождении ребенка и усыновлении;
- единовременных женщинам, вставшим на учет в ранние сроки беременности;
- по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет;
- оплата дополнительных выходных дней одному из родителей по уходу за ребенком-инвалидом до 16 лет;
- на погребение в случае смерти работника или члена его семьи.

Схема 1. Взаимодействие Кузбасского регионального отделения ФСС РФ по вопросам социального страхования с Федеральными и областными структурами



Кроме того, средства Фонда социального страхования направляются на оздоровление работников и их детей. Если выплата пособий производилась и производится через кассу страхователей, всю ответственность за правильность назначения и выплаты пособий несут руководители и главные бухгалтеры страхователей, то организация работы по санаторно-курортному обслуживанию работников, оздоровлению детей, детско-юношеских спортивных школ практически полностью была возложена на исполнительные органы Фонда социального страхования.

В связи с введением единого социального налога (2001 год) и резким сокращением средств, по-

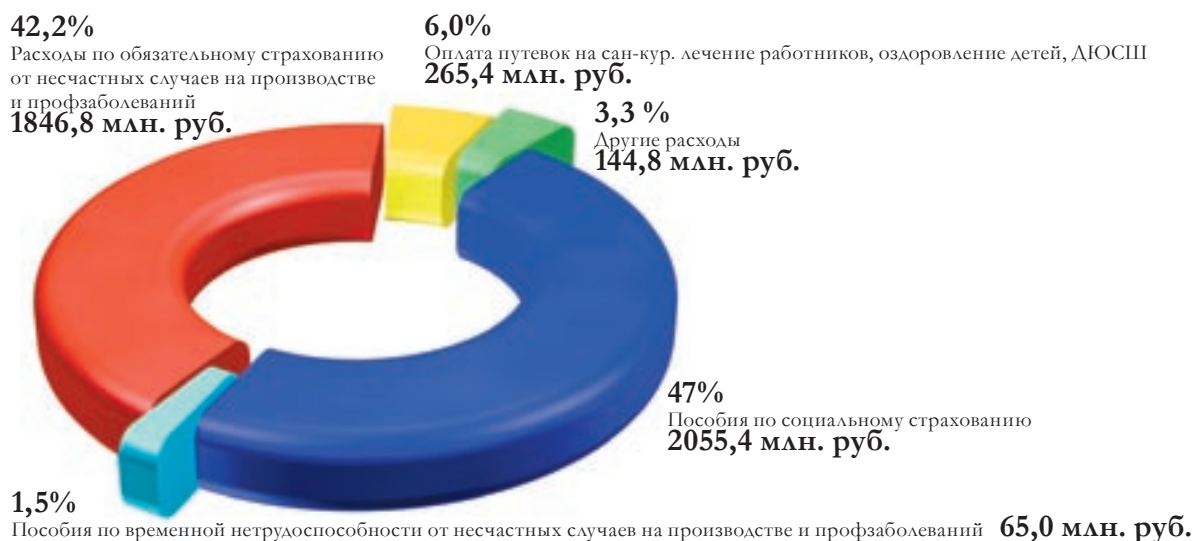
ступающих в Фонд социального страхования Российской Федерации, положение с санаторным лечением работников резко ухудшилось. В 2001 году за счет резервов Фонда оздоровление работников еще проводилось, в основном, на базе местных санаториев и санаториев-профилакториев. С 2002 года сохранилось только долечивание работников после перенесенных инфаркта миокарда и инсульта в санаториях “Прокопьевский”, “Меркурий”, “Анжерский” и “Солнечный”.

Структура доходов и расходов Государственного учреждения – Кузбасского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации в 2003 г. приведена в диаграммах 1 и 2.

Диаграмма 1. Структура доходов Фонда социального страхования Российской Федерации по Государственному учреждению - Кузбасскому региональному отделению в 2003 году



Диаграмма 2. Структура расходов Фонда социального страхования Российской Федерации по Государственному учреждению - Кузбасскому региональному отделению в 2003 году



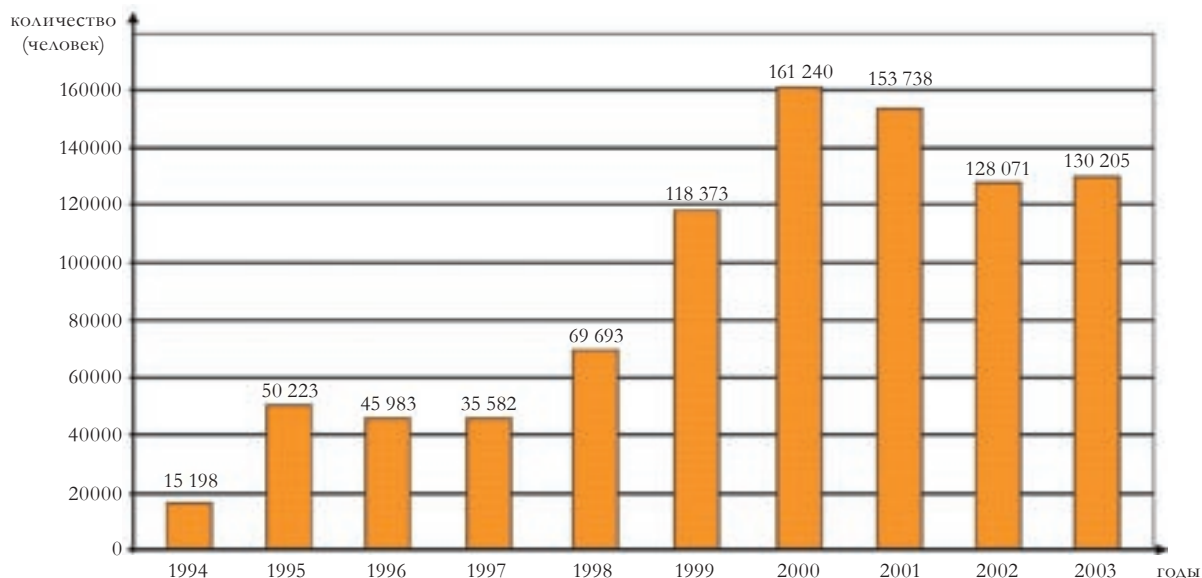


Совместно с Администрацией Кемеровской области и Департаментом образования Администрации области проводится большая работа по организа-

ции оздоровления детей-школьников. Количество детей, оздоровленных за счет средств Фонда, представлено на диаграмме 3.

Диаграмма 3

Количество оздоровленных детей за период с 1994 по 2003 годы



В оперативном управлении Кузбасского регионального отделения Фонда находится Федеральное Государственное учреждение – Центр санаторной реабилитации Фонда социального страхования Российской Федерации “Топаз” на 245 мест, на базе которого проводится санаторный этап медицинской реабилитации пострадавших на производстве от несчастных случаев и профессиональных заболеваний. ФГУ – Центр санаторной реабилитации Фонда социального страхования Российской Федерации “Топаз” является самым современным в области учреждением по уровню предоставляемых услуг для проживания, оснащен самым современным медицинским оборудованием, укомплектован высококвалифицированными медицинскими кадрами, владеющими современными методиками реабилитации пострадавших.

Немаловажное значение для рационального использования средств социального страхования имеет контроль обоснованности выдачи и продления листов нетрудоспособности лечебно-профилактическими учреждениями области. По этому вопросу региональное отделение работает в тесном контакте с Департаментом охраны здоровья населения Кемеровской области и территориальными медицинскими объединениями в городах и районах. Ежегодно составляются планы и проводятся совместные проверки работы лечпрофучреждений по данному вопросу.

Кроме того, специалисты-врачи регионального отделения и его филиалов проводят проверки по просьбе страхователей, если у них возникают со-

мнения в обоснованности выдачи или продления листов нетрудоспособности.

Ежегодно, совместно с Департаментом охраны здоровья населения области, подводятся итоги таких проверок, которые рассматриваются на совместных совещаниях, и органами здравоохранения принимаются соответствующие меры по улучшению работы лечпрофучреждений по данному вопросу. Ежегодно в результате совместной работы предотвращаются незаконные выплаты пособий по временной нетрудоспособности или не принимаются к зачету в счет начисленных страховых взносов, а с 2001 года – в счет единого социального налога, до 10-11 млн. руб. в год.

Региональным отделением проводится анализ заболеваемости на 100 работающих в разрезе филиалов и в целом по области. Отслеживается динамика заболеваемости.

Уровни временной нетрудоспособности работников в Кемеровской области, начиная с 1996 г. по 2003 г. представлены в таблице 1.

С 6 января 2000 года вступил в действие Федеральный закон от 24.07.1998 года № 125 “Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний”, которым на Фонд социального страхования Российской Федерации и его региональные отделения были возложены обязанности по совершенно новому для России виду обязательного социального страхования.

В соответствии с указанным законом, производится страховое обеспечение пострадавших на



Таблица 1

Показатели заболеваемости (на 100 работающих в рабочих днях)

1966 г.	1967 г.	1968 г.	1969 г.	1970 г.	1971 г.	1972 г.	1973 г.	1974 г.	1975 г.
937,7	996,0	927,0	979,9	1035,4	959,0	903,1	982,4	898,0	1007,6
1976 г.	1977 г.	1978 г.	1979 г.	1980 г.	1981 г.	1982 г.	1983 г.	1984 г.	1985 г.
1007,4	946,8	921,2	896,3	937,7	944,6	862,2	856,4	915,5	885,7
1986 г.	1987 г.	1988 г.	1989 г.	1990 г.	1991 г.	1992 г.	1993 г.	1994 г.	1995 г.
889,3	833,9	911,5	914,3	1039,6	1028,8	932,2	947,5	949,1	1003,2
1996 г.	1997 г.	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.		
1006,9	925,0	777,1	812,3	979,4	859,0	792,0	643,0		

производстве от несчастных случаев и профессиональных заболеваний в виде:

- пособия по временной нетрудоспособности, назначаемого в связи со страховым случаем;
- единовременной страховой выплаты застрахованному или лицам, имеющим право на получение такой выплаты, в случае его смерти;
- ежемесячной страховой выплаты, компенсирующей застрахованному утраченный им заработок в зависимости от установленной степени утраты профессиональной трудоспособности;
- оплаты дополнительных расходов, связанных с медицинской, социальной и профессиональной реабилитацией застрахованного, при наличии прямых последствий страхового случая, в т.ч.:
- лечение застрахованного, осуществляемое на территории Российской Федерации, непосредственно после тяжелого несчастного случая на производстве, до восстановления трудоспособности или установления стойкой утраты профессиональной трудоспособности;
- приобретение лекарств, изделий медицинского назначения и индивидуального ухода;
- посторонний (специальный медицинский и бытовой) уход за застрахованным,
- проезда застрахованного, а в необходимых случаях и проезда сопровождающего его лица, для получения отдельных видов медицинской и социальной реабилитации;
- медицинскую реабилитацию в организациях, оказывающих санаторно-курортные услуги;
- изготовление и ремонт протезов, протезно-ортопедических изделий и ортезов;
- обеспечение техническими средствами реабилитации и их ремонт;
- обеспечение транспортными средствами, их ремонт, оплату горюче-смазочных материалов для них;
- профессиональное обучение (переобучение).

До 2000 года возмещение вреда здоровью пострадавшим производилось предприятиями-причинителями вреда. В связи с упадком промышленного производства, простоями предприятий, банкротством и ликвидацией предприятий, пострадавшие на производстве оказались не защищенными, выплаты возмещения вреда большинством предприятий перестали производиться. Возникла острая необходимость государственной защиты этой ка-

тегории граждан Российской Федерации. В соответствии с законом “Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний”, страховое обеспечение пострадавших на производстве производится за счет страховых взносов работодателей, которые дифференцированы по отраслям (подотраслям) экономики, и устанавливаются ежегодно Федеральными законами.

Число пострадавших на производстве в Кемеровской области, которым производится страховое обеспечение Кузбасским региональным отделением Фонда социального страхования Российской Федерации, на 01.01.2004 года составило 35314 человек. По числу получателей страхового обеспечения Кемеровская область находится на втором месте после Ростовской области, где получателей страхового обеспечения более 40 тысяч.

За 2003 год региональным отделением выплачено денежных средств пострадавшим на производстве от несчастных случаев и профессиональных заболеваний и оплачено дополнительных видов страхового обеспечения на 773,5 млн. руб. больше, чем работодателями-страхователями начислено страховых взносов, и на 779,3 млн. руб. больше, чем ими же перечислено в Кузбасское региональное отделение Фонда социального страхования. Тем не менее, выплаты производятся ежемесячно, в сроки, предусмотренные Федеральным законом “Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний”. Этим же законом предусмотрен принцип “солидарной ответственности” страхователей. Согласно этому принципу, Фонд социального страхования Российской Федерации финансирует Кузбасское региональное отделение на недостающую сумму денежных средств, и страховое обеспечение пострадавших на производстве производится своевременно и в полном объеме. На ежемесячные страховые выплаты в 2003 году направлено 1529,37 млн. руб. Среднемесячная страховая выплата на одного пострадавшего в 2003 году составила 3608,9 руб. рубля.

На оплату дополнительных видов обеспечения – медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию – в 2004 году направлено 230599,1 млн. руб. или, в среднем, 8700 руб. на одного получателя в год.



Одной из важных функций Кузбасского регионального отделения является контроль за правильным и рациональным использованием средств обязательного социального страхования, как работодателями-страхователями, так и филиалами регионального отделения.

Функцию контроля работы филиалов осуществляет отдел контрольно-ревизионной работы регионального отделения. Функцию контроля использования страхователями средств осуществляют специалисты-ревизоры филиалов регионального отделения.

Контроль финансово-хозяйственной деятельности регионального отделения осуществляет Фонд социального страхования Российской Федерации, Контрольно-ревизионное управление Минфина Российской Федерации, Счетная Палата Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации.

Десять лет работы филиалов Государственного учреждения – Кузбасского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации в Кемеровской области показали эффективность такой структуры. За все 10 лет работы по вине регионального отделения и его филиалов не было задержек в выплате гарантированных государством пособий или несвоевременного санаторно-курортного обслуживания работников, оздоровления детей.

Структура регионального отделения Фонда постоянно совершенствуется, происходит укрупнение филиалов. В 2004 году из 17 филиалов, созданных в 1994 году, осталось 14. Сокращение произошло за счет объединения районных филиалов г. Кемерово в единый городской филиал. Но в каждом городе и районе области созданы рабочие места для специалистов регионального отделения, таким образом, они максимально приближены к страхователям и застрахованным работникам. Это дает возможность региональному отделению знать нужды за-

страхованных, оказывать им, при необходимости, помощь и в разъяснении действующего законодательства по социальному страхованию, и в рассмотрении их просьб, и в своевременном получении гарантированных государством пособий и страхового обеспечения за счет средств обязательного социального страхования.

Расположение филиалов и рабочих мест специалистов представлено в таблице 2.

Хотелось бы рассказать о работе каждого директора филиала, каждого специалиста, но для этого потребовалось бы все страницы журнала посвятить этому вопросу.

Скажу только, что работа руководителей и специалистов Кузбасского регионального отделения и его филиалов отмечена Фондом социального страхования Российской Федерации: 8 человек награждены нагрудным знаком “За заслуги в государственном социальном страховании”, 23 директоров филиалов и специалистов награждены Почетными Грамотами Фонда, 18 директорам филиалов и специалистам объявлена благодарность Председателя Фонда; 7 работников занесены в Книгу Почета Государственного учреждения – Кузбасского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации.

Ежегодно по итогам летней детской оздоровительной кампании Администрации области и территорий отмечают положительную работу, как регионального отделения в целом, так и филиалов, большинство директоров филиалов ежегодно награждаются Почетными грамотами и благодарственными письмами администраций территорий и руководителей организаций-страхователей.

В заключение следует сказать, что Правительством Российской Федерации задумана и проводится реформа социального страхования в России в целом, в том числе и в Фонде социального страхования Российской Федерации. Работа регионального отделения в этом направлении продолжается.

Таблица 2

**Филиалы Государственного учреждения - Кузбасское региональное отделение
Фонда социального страхования Российской Федерации**

Наименование филиалов	Адрес, контактный телефон	Ф.И.О. руководителя	Территории
Филиал № 1 Государственного учреждения – Кузбасское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации	652470, г. Анжеро-Судженск, ул. Ленина, 32, 6-11-66 (8-253)	Герасимович Вера Евгеньевна	г. Анжеро-Судженск, р.п.г.т. ЯЯ и район, р.п. Ижморский и район
Филиал № 2 Государственного учреждения – Кузбасское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации	652600, г. Белово, ул. Юности, 17, 4-12-50 (8-252)	Мингатина Евдокия Николаевна	г. Белово и район, г. Гурьевск и район, г. Салаир
Филиал № 4 Государственного учреждения – Кузбасское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации	650066, г. Кемерово, пр. Ленина, 80а, 35-09-69	Белицкая Лариса Владимировна	Кемеровский район, г. Тайга, г. Березовский, г. Топки и район, р.п.г.т. Яшкино и район, ст. Промышленная и район

Филиал № 5 Государственного учреждения – Кузбасское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации	652700, г. Киселевск, ул. Ленина, 33, 2-04-02 (8-264)	Парфенова Валентина Павловна	г. Киселевск
Филиал № 6 Государственного учреждения – Кузбасское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации	652515, г. Ленинск-Кузнецкий, ул. Пушкина, 21а, 3-35-76 (8-256)	Лохманова Татьяна Григорьевна	г. Ленинск-Кузнецкий и район, г. Полысаево, р.п.г.т. Крапивинский и район
Филиал № 8 Государственного учреждения – Кузбасское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации	652150, г. Мариинск, ул. Ленина, 33, 5-29-54 (8-243)	Федоров Анатолий Трофимович	г. Мариинск и район, р.п. Верх-Чебула и район, п.г.т. Тисуль и район, п.г.т. Тяжин и район
Филиал № 9 Государственного учреждения – Кузбасское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации	652870, г. Междуреченск, ул. Юности, 10, 2-60-22 (8-275)	Паршикова Валентина Васильевна	г. Междуреченск, Мыски
Филиал № 10 Государственного учреждения – Кузбасское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации	654007, г. Новокузнецк, ул. Ораджоникидзе, 35, 45-88-85 (8-23)	Кадетова Ирина Ивановна	Центральный, Куйбышевский районы г. Новокузнецка
Филиал № 11 Государственного учреждения – Кузбасское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации	654005, г. Новокузнецк, ул. Ораджоникидзе, дом 18, 45-68-61 (8-23)	Давыденко Марина Анатольевна	Заводской, Кузнецкий, Ораджоникидзевский, Новоильинский районы г. Новокузнецка
Филиал № 12 Государственного учреждения – Кузбасское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации	653033, г. Прокопьевск, ул. Гагарина, 26, 3-25-90 (8-266)	Вивсяная Мария Васильевна	г. Прокопьевск и район
Филиал № 14 Государственного учреждения – Кузбасское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации	652992, г. Таштагол, ул. Поспелова, 20, 2-28-54 (8-273)	Скутнева Антонина Тимофеевна	г. Таштагол, Новокузнецкий район
Филиал № 15 Государственного учреждения – Кузбасское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации	652810, г. Осинники, ул. Революции, 2, 5-37-18 (8-271)	Посохина Надежда Ивановна	г. Осинники, Калтан
Филиал № 17 Государственного учреждения – Кузбасское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации	652000, г. Юрга, ул. Кирова, 14, 5-05-47 (8-251)	Беляев Федор Тихонович	г. Юрга и район
Филиал № 18 Государственного учреждения – Кузбасское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации	650066, г. Кемерово, пр. Ленина, 80а, 35-09-85 (8-3842)	Мамаева Татьяна Николаевна	г. Кемерово



РЕАЛИЗАЦИЯ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА “ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ СОЦИАЛЬНОМ СТРАХОВАНИИ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ НА ПРОИЗВОДСТВЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ” В КУЗБАССЕ, ОПЫТ И ПРОБЛЕМЫ

В статье приведена динамика развития системы обязательного социального страхования от несчастных случаев и профзаболеваний на территории Кемеровской области. Показана социальная направленность федерального закона от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ. Раскрыт опыт работы по решению в Кемеровской области проблемы материального обеспечения застрахованных в случае травмы на производстве или профессионального заболевания, затронуты некоторые нерешенные проблемы медицинской, социальной и профессиональной реабилитации пострадавших на производстве от несчастных случаев и профессиональных заболеваний, предложены пути их решения.

Ключевые слова: Федеральный закон от 24.07.1998 № 125-ФЗ “Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний” (закон № 125-ФЗ), страховые тарифы, страховое обеспечение, работодатели-страхователи, пострадавшие на производстве, получатели страхового обеспечения, медицинская, социальная, профессиональная реабилитация.

06.01.2000 г. вступил в действие Федеральный закон от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ “Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний” (далее закон № 125-ФЗ). Впервые в России было введено обязательное социальное страхование профессиональных рисков.

До 2000 года в России компенсационные выплаты и оказание дополнительной помощи пострадавшим на производстве от несчастных случаев и профессиональных заболеваний осуществлялись непосредственно работодателями в соответствии с Правилами возмещения вреда здоровью.

Но в 90-е годы большинство промышленных предприятий находилось в глубоком кризисе, и возмещение вреда пострадавшим либо вообще не производили, либо производили с большими задержками, и, как правило, только ежемесячные выплаты, зачастую без какой-либо индексации.

Особенно кризисная ситуация сложилась в угольной отрасли. Угольные шахты и разрезы ликвидировались, пострадавшие оказывались, как говорится, за бортом. В связи с такой обстановкой, Указом Президента РФ от 08.12.97 г. № 1274 и Постановлением Правительства от 08.12.97 г. № 1524 “О мерах по возмещению вреда, причиненного работникам увечьем, профессиональным заболеванием либо иным повреждением здоровья, связанными с исполнением ими трудовых обязанностей на ликвидируемых шахтах и разрезах угольной и сланцевой промышленности” Фонду социального страхования РФ было поручено производить возмещение вреда здоровью пострадавших на ликвидируемых и ликвидированных предприятиях указанных отраслей.

В Кемеровской области в 1998-99 гг. возмещение вреда производилось более 11 тысячам пострадавших на производстве через филиалы Центрального отраслевого отделения Фонда социального страхования Российской Федерации работников угольной промышленности, за счет средств, выделяемых

из федерального бюджета. В этот же период проводилась подготовительная работа к переходу на обязательное социальное страхование от несчастных случаев и профессиональных заболеваний. Региональные отделения Фонда социального страхования, в т.ч. и Кузбасское, по поручению Фонда, собирали от работодателей статистические данные о пострадавших на производстве и производимых ими выплатах возмещения вреда здоровью. Работа проводилась в соответствии с постановлением Правительства РФ от 29.01.99 г. № 108 “О мерах по подготовке к переходу на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний” и приказом Фонда социального страхования РФ от 09.09.98 г. № 152 “Об организации работы по подготовке к осуществлению Фондом социального страхования РФ обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний”.

Около половины работодателей скрывали факты назначения пострадавшим сумм в возмещение вреда здоровью вследствие травм и профзаболеваний, как впоследствии оказалось, в связи с имевшейся задолженностью по их выплате от нескольких месяцев до 2-3 лет, т.к. боялись вынесения судебных решений о производстве выплат задолженности по суммам возмещения вреда. Чем ближе подходило время к решению вопроса о введении в действие закона № 125-ФЗ, тем больше работодателей сообщали о наличии у них пострадавших и суммах выплат в возмещение вреда (табл. 1).

После 6 января 2000 года, т.е. даты введения закона № 125-ФЗ в действие, региональным отделением была начата уже практическая работа по его реализации.

Основными принципами данного вида страхования являются гарантированность права застрахованных на обеспечение по страхованию и обязательность уплаты работодателями дифференциро-

Таблица 1

Отчетная дата	Количество получателей	Назначенная сумма ежемесячных выплат (тыс. руб.)	Среднемесячный размер возмещения на 1 получателя (руб.)
01.07.1999 г.	11253	6734,7	598,5
01.01.2000 г.	17269	11056,6	640,3

ванных страховых тарифов в зависимости от класса профессионального риска.

Страховое обеспечение осуществляется в виде:

1. Пособия по временной нетрудоспособности, назначаемого в связи со страховым случаем.

2. Единовременной страховой выплаты застрахованному или лицам, имеющим право на получение такой выплаты в случае его смерти.

3. Ежемесячной страховой выплаты, компенсирующей застрахованному утраченный им заработок в зависимости от установленной степени утраты профессиональной трудоспособности.

4. Оплаты дополнительных расходов, связанных с медицинской, социальной и профессиональной реабилитацией застрахованного при наличии прямых последствий страхового случая, в т.ч.:

- лечение застрахованного, осуществляемое на территории Российской Федерации непосредственно после тяжелого несчастного случая на производстве, до восстановления трудоспособности или установления стойкой утраты профессиональной трудоспособности;
- приобретение лекарств, изделий медицинского назначения и индивидуального ухода;
- посторонний (специальный медицинский и бытовой) уход за застрахованным;
- проезда застрахованного, а в необходимых случаях и проезда сопровождающего его лица, для по-

лучения отдельных видов медицинской и социальной реабилитации;

- медицинскую реабилитацию в организациях, оказывающих санаторно-курортные услуги;

- изготовление и ремонт протезов, протезно-ортопедических изделий и ортезов;

- обеспечение техническими средствами реабилитации и их ремонт;

- обеспечение транспортными средствами, их ремонт, оплату горючесмазочных материалов;

- профессиональное обучение (переобучение).

Для того чтобы реализовать закон, необходимы были грамотные кадры. Только после начала действия закона, региональному отделению были выделены дополнительные штатные единицы. Их необходимо было набрать и хотя бы обучить самым элементарным знаниям. Все это делалось одновременно с практическим выполнением закона, т.е. в 2000 году филиалы регионального отделения подбирали кадры, проводили регистрацию работодателей в качестве страхователей по новому виду страхования, принимали от страхователей-работодателей личные (учетные) дела пострадавших на производстве, назначали и выплачивали ежемесячные страховые выплаты.

Из таблицы 2 видно, какую большую и напряженную организационную работу провело региональное отделение и его филиалы в 2000 году.

Таблица 2

Отчетная дата	Количество дел пострадавших, подлежащих передаче	Количество дел пострадавших, принятых от страхователей	Количество получателей страховых выплат	Количество получателей, которым приказами были назначены и производились выплаты
15.01.2000 г.	16728	2308	17417	120
15.03.2000 г.	16811	14742	17473	13901
15.05.2000 г.	17289	16875	18030	17403
15.06.2000 г.	17534	17359	18226	18090
30.06.2000 г.	17671	17537	18214	18075
01.01.2001 г.	20622	20622	21202	21202
01.01.2002 г.	31075*	31075	32553	32553
01.01.2003 г.	33009*	33009	33884	33884
01.01.2004 г.	34048*	34048	35314	35314

Примечание: * – учтенных дел

Социальная направленность закона “Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний” очевидна.

Как видно из приведенных таблиц, число получателей страхового обеспечения за 4 года дей-

ствия закона выросло на 17897 человек, т.е. более чем в 2 раза. При этом из 17897 получателей только 7143 чел. (в том числе и получатели выплат по случаю потери кормильца) выплаты были назначены по страховым случаям, происшедшим после 06.01.2000 года.



10754 пострадавших на производстве по разным причинам не получали компенсацию за вред, причиненный здоровью, и обратились за ее получением впервые после вступления закона в действие. Немало получателей (6186 чел.) обратились за назначением ежемесячных выплат по несчастным случаям на производстве и профзаболеваниям, полученным в 60-70-е годы прошлого столетия.

Если учесть тот факт, что найти документы 20-30-летней давности, а то и больше, пройти меди-

цинское обследование и медико-социальную экспертизу не так просто, то эти цифры говорят об уверенности обращающихся за страховым обеспечением в действенности нового вида обязательного социального страхования.

Данные, приведенные в таблице 3, еще более подчеркивают социальную значимость рассматриваемого федерального закона и вида социального страхования. Расходы на страховое обеспечение пострадавших на производстве растут из года в год.

Таблица 3

Вид страхового обеспечения, меры профилактики	Суммы средств, направленные на страховое обеспечение (тыс. руб.)			
	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.
Временная нетрудоспособность	38091,3	53939,7	61626,0	65002,8
- единовременные	3967,0	18854,1	26684,0	24640,3
- ежемесячные	201654,1	809690,7	1358140,4	1529367,1
Медицинская, социальная, профессиональная реабилитация	16584,6	95568,6	161790,8	230599,1
Профилактические мероприятия, всего, в т.ч.:	-	3694,6	37541,1	62128,8
- обучение по охране труда	-	-	2869,0	5071,6
- аттестация рабочих мест*	-	-	9759,6	3566,4
- приобретение приборов контроля*	-	-	5461,2	11996,8
- проведение обязательных медицинских осмотров*	-	1099,0	6618,6	8908,2
- санаторно-курортное лечение застрахованных, занятых на работах с вредными условиями труда*	-	2595,6	12832,7	30766,8
Итого:	260297,0	981747,7	1645782,3	1911738,1

Примечание: * – оплата производится страхователями в счет начисленных страховых взносов

Как видно из приведенных в таблице 3 данных, основная доля расходов приходится на ежемесячные страховые выплаты. В 2003 году на эти цели было направлено 1529,37 млн. руб. или 80 % от всей суммы, на единовременные выплаты – 24,64 млн. руб. или 1 %, на дополнительные виды обеспечения – 230,59 млн. руб. или 12 %.

Среднемесячная страховая выплата по Кузбассу на конец 2000 года составляла 792,5 руб., на конец 2003 года – 3608,9 руб.

В период с июля 2000 года по январь 2004 года суммы возмещения утраченного заработка неоднократно индексировались. Они выросли в 5,5 раз и в некоторых случаях составили по 30 и более тысяч рублей, тогда как средняя заработная плата по Кемеровской области за тот же период времени (по данным Кемеровского областного комитета госстатистики) увеличилась в 2,3 раза, в топливной промышленности – 2,4 раза, а в ряде отраслей народного хозяйства осталась на прежнем уровне. Среднемесячная заработная плата одного работающего, на которую начисляются страховые взносы, за 2003 год составила 4366,5 рублей, что только на 757,6 руб. больше, чем среднемесячная страховая выплата.

Среднемесячные расходы на оплату медицинской, социальной и профессиональной реабилита-

ции одного пострадавшего на производстве, нуждающегося в реабилитационных мероприятиях, в Кузбассе на конец 2000 года составляли 525 руб. (в год – 6300 руб.), на конец 2003 года – 725 руб. (в год – 8700 руб.). Если эту сумму добавить к среднемесячной страховой выплате, то в среднем среднемесячная страховая выплата почти равняется среднемесячной заработной плате застрахованного работника. При этом необходимо учесть, что проценты утраты профессиональной трудоспособности у получателей страхового обеспечения колеблются от 10 до 100.

Из приведенной таблицы 3 также видно, как росли расходы и на оплату медицинской, социальной и профессиональной реабилитации пострадавших на производстве от несчастных случаев и профессиональных заболеваний.

Социальная значимость обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний еще более очевидна в таких регионах, как Кузбасс, где под реструктуризацию попали большинство крупных промышленных предприятий, особенно угольной отрасли. Предприятия-страхователи ликвидировались или находятся в стадии ликвидации. При ликвидации страхователь обязан внести капитализированные платежи. Постановлением Правитель-



ства от 17.11.2000 г. № 863 утвержден порядок их внесения в Фонд социального страхования РФ.

Постановлением Фонда социального страхования от 30.07.2001 г. № 72 утверждена “Методика расчета размера капитализируемых платежей для обеспечения по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и

профессиональных заболеваний при ликвидации (банкротстве) юридических лиц – страхователей”.

Как видно из таблицы 4, из 504 ликвидированных и ликвидируемых предприятий, внесли капитализированные платежи только 39 предприятий, в т.ч. полностью – 28, из них угольных – только 1 разрез.

Таблица 4

Ликвидированные и ликвидируемые юридические лица, зарегистрированные в Кемеровской области*	Всего	Количество		Размер капитализированных платежей, подлежащих внесению в Фонд социального страхования РФ (тыс. руб.)	Сумма капитализированных платежей, фактически перечисленная на специальный счет регионального отделения (тыс. руб.)
		Внесли капитализированные платежи			
		полностью	частично		
Всего	504	28	39	11241682,1	41054,8
в т.ч. угольных	97	1	8	8446985,5	8630,5
из них:					
- шахты	57		4	8220859,4	2980,4
- разрезы	5	1		12909,34	1061,17
- др. организации	35		4	213216,8	5543,9

Примечание: * – по состоянию на 01.01.2004 года.

По всем страхователям, которые должны были внести капитализированные платежи, имеются решения Арбитражного суда, однако, с ликвидированных предприятий уже ничего не взыщешь, а у ликвидируемых отсутствуют средства и имущество для проведения капитализации.

Сумма перечисленных средств составляет 41054,8 тыс. руб. или 0,37 % от подлежащих перечислению. Тем не менее, более чем 11 тысяч пострадавших на ликвидированных и ликвидируемых угольных предприятиях Кузбасса получают сегодня страховое обеспечение своевременно и в полном объеме за счет страховых взносов добросовестных плательщиков.

С момента введения закона № 125-ФЗ в действие обязательства работодателей по выплате возмещения вреда работникам были прекращены, в том числе и те обязательства, по которым предприятия должны были производить обеспечение еще многие годы. Со дня введения все стали платить страховые взносы по равному (по классу профессионального риска) страховому тарифу, как предприятия, у которых пострадавших на производстве единицы, так и те, на которых пострадали сотни работников.

Таким образом, у страхователей отсутствует экономическая заинтересованность в снижении травматизма и профессиональных заболеваний. Предусмотренные законом № 125-ФЗ рычаги – скидки и надбавки к страховому тарифу – малоэффективны, т.к. уровень их ограничен 40 % страхового тарифа, установленного в соответствующей отрасли (подотрасли) экономики. Кроме того, в методике назначения скидок и надбавок не учтен объем прежних обязательств работодателя перед пострадавшими.

Несколько компенсирует несправедливость установленного тарифа, равного для всех страховате-

лей отрасли (подотрасли), возможность финансирования мероприятий по предупреждению травматизма и профессиональных заболеваний за счет средств обязательного социального страхования, которая вот уже четвертый год (2001-2004 гг.) предусматривается законами о бюджете Фонда социального страхования РФ на соответствующий год.

Исполнительным органам Фонда разрешено принимать решения о направлении страхователями до 20 процентов сумм страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, перечисленных ими в Фонд за предыдущий год, на частичное финансирование предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников этого страхователя.

Это означает, что часть расходов по улучшению условий труда на предприятии работодатель может оплачивать не из своего кармана, а за счет средств обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

К сожалению, и эта мера недостаточна эффективна. Ежегодно Законом о бюджете Фонда социального страхования РФ предусматривается, что работодатель может обратиться за разрешением на частичное финансирование превентивных мер до 1 июля текущего года. Казалось бы, времени достаточно. Но Законы ежегодно предусматривают, что порядок и условия финансирования мероприятий определяются Правительством Российской Федерации. Правительство РФ постановлением определяет, что перечень предупредительных мер ежегодно определяет Минтруд РФ. Как правило, ежегодно только к концу марта работодатели могут начать



согласовывать с исполнительными органами Фонда возможность использовать суммы средств обязательного социального страхования на предупредительные меры по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний. Однако и здесь существует препятствие – страхователи, которые за предыдущий год перечислили более 3 млн. руб., должны согласовывать мероприятия и суммы средств не только с региональными отделениями Фонда социального страхования РФ, но и с Фондом. Пока мероприятия и суммы согласовываются, время уходит, а выполнять эти мероприя-

тия уже или некогда, или работодатель провел их за счет своих средств, которые мог бы направить на социальную поддержку своих работников или на развитие производства. Как результат, так необходимые страхователям суммы средств остаются неиспользованными.

Данные о выделенных бюджетом Фонда социального страхования РФ по Кузбасскому региональному отделению и использованных средствах на предупредительные меры по предупреждению производственного травматизма и профзаболеваний приведены в таблице 5.

Таблица 5

Годы	Выделено средств региональному отделению на частичное финансирование предупредительных мер (тыс. руб.)	Распределено		Использовано	
		Количество страхователей	Сумма (тыс. руб.)	Количество страхователей	Сумма (тыс. руб.)
2001	3730,2 (по факту)	26	3730,2	Нет данных	36694,6
2002	65948,0	130	40974,0	Нет данных	34672,1
2003	80593,0	170	66995,9	125	57057,2
Итого:	150271,2				95423,9

Как видим, за три года, из 150271,2 тыс. руб., страхователями использовано только 95423,9 тыс. руб. или всего 63,5 процента. В 2003 году средства остались не использованными у 45 страхователей, следовательно, ими полностью упущена возможность провести мероприятия по профилактике травматизма и профзаболеваний.

Тем не менее, только в 2003 году 125 работодателями за счет этих средств оплачены:

1. Периодические медицинские осмотры 31463 работников, занятых на работах с вредными и опасными факторами.
2. 3205 путевок на профилактическое санаторно-курортное оздоровление работников, занятых на работах с вредными и опасными производственными факторами.
3. Сертифицированные средства индивидуальной защиты 134565 штук, 3596 приборов контроля за состоянием условий труда.
4. Аттестация 3365 рабочих мест по условиям труда.

Но, как уже было сказано, эта работа носит эпизодический характер. В то же время, если ссылаться на зарубежный опыт, то во Франции, например, на крупных предприятиях существуют специальные службы по охране здоровья и безопасности труда, мелкие и средние предприятия создают корпоративные службы для нескольких предприятий. Финансируются эти службы системой социального страхования, за счет взносов работодателей из специального фонда профилактики профессиональных заболеваний и несчастных случаев на производстве.

Считаем, что и в России частичное (или полное) финансирование предупредительных мер по про-

филактике травматизма и профзаболеваний должно быть закреплено в законе № 125-ФЗ.

По нашему мнению, одним из принципов закона № 125-ФЗ должна стать профилактическая направленность. Как известно, «легче предупредить, чем потом лечить». Если говорить о рассматриваемом законе, то можно перефразировать: «легче предупредить, чем потом всю жизнь платить».

В первый год реализации закона № 125-ФЗ исполнительные органы Фонда социального страхования РФ, в том числе Кузбасское региональное отделение, решали, в основном, вопросы своевременности приема от страхователей личных (учетных) дел пострадавших на производстве, назначения и выплаты ежемесячных страховых выплат. Начиная с 2001 года, когда эти вопросы были решены и ежемесячные выплаты стали производиться в полном объеме и своевременно, встал вопрос своевременности и полноты медицинской, социальной и профессиональной реабилитации пострадавших на производстве от несчастных случаев и профессиональных заболеваний.

Что такое реабилитация пострадавших на производстве от несчастных случаев и профессиональных заболеваний? К сожалению, сегодня Федеральный закон № 125-ФЗ не дает такого определения.

Документом, интегрирующим все аспекты медицинской, социальной и профессиональной реабилитации пострадавших на производстве вследствие травм и профессиональных заболеваний, является программа реабилитации пострадавшего (ПРП). Она предназначена для подтверждения решения учреждения медико-социальной экспертизы о конкретных видах, формах, объемах рекомендованных



мероприятий по медицинской, социальной и профессиональной реабилитации пострадавших на производстве.

В ПРП также даются рекомендации о противопоказанных и доступных видах труда – указываются противопоказанные факторы и условия труда, а также показанные условия труда, доступные по состоянию здоровья, указывается период, в течение

которого должно осуществляться рекомендованное мероприятие по реабилитации.

Более чем трехлетний опыт оплаты реабилитационных мероприятий в нашей области показал, что некоторая часть пострадавших на производстве от несчастных случаев и профессиональных заболеваний, получив ПРП на руки, игнорируют рекомендованные мероприятия (табл. 6).

Таблица 6

Динамика нуждаемости и обеспеченности пострадавших на производстве дополнительными видами обеспечения на медицинскую и социальную реабилитацию (по финансовым отчетам филиалов) за 2000-2003 гг. по ГУ Кузбасскому региональному отделению ФСС РФ

		1.10.2000	1.01.2001	1.07.2001	1.01.2002	1.07.2002	1.01.2003	1.07.2003	1.01.2004
Количество дел пострадавших		17 359	20 622	30736	31782	32792	33009	33314	34048
Доп. медицинская помощь*	МСЭ		335	365	775	1021	1460	2087	2054
	Обратились			-	201	190	300	228	414
	Факт	10	19	100	182	115	268	176	330
Лечение непосредственно после тяжелых травм**	МСЭ								
	факт	-	-	-	-	-		9	54
Приобретение лекарств и изделий медицинского назначения	МСЭ	2382	4060	6355	7217	8434	9138	10810	11773
	Обратились	Нет данных-	-	-	1983	3027	3878	3623	6653
	Факт	245	458	948	1840	1892	3549	3306	6230
Дополнительное питание	МСЭ	73	56	95	105	96	111	101	108
	Обратились	-	-	-	99	96	111	98	108
	Факт	65	53	87	99	96	111	98	108
Посторонний специальный медицинский уход	МСЭ	65	72	119	131	129	129	111	123
	Факт	63	69	119	121	129	129	109	120
Посторонний бытовой уход	МСЭ	178	214	350	414	367	421	407	484
	Факт	156	189	350	359	382	421	399	474
Путевки на санаторную реабилитацию	МСЭ	6244	7338	11325	13522	13941	14435	15655	15980
	Обратились	-	-	-	7891	5200	8472	6009	9841
	Факт	736	1681	2244	6415	3076	8013	4311	9755
Путевки для сопровождающего без лечения	МСЭ	6	20	20	64	53	62	56	56
	Обратились	-	-	-	39	18	39	23	47
	Факт	6	10	10	36	8	34	23	45
Протезирование	МСЭ	326	374	664	943	1489	1555	1102	1145
	Обратились	-	-	-	520	562	872	363	592
	Факт	38	52	163	466	410	872	286	569
Приспособления, необходимые в быту и труде + к/коляски	МСЭ	54	45	142	261	259 + 81	304 + 94	401 + 103	596
	Обратились	-	-	-	169	114 + 33	185 + 51	116 + 33	270
	Факт	5	22	64	151	98 + 21	175 + 47	97 + 18	205 + 47
Специальные транспортные средства	МСЭ	109	124	272	287	282	342	317	339
	Обратились	-	-	-	197	104	159	51	79
	Факт	25	51	15	171	63	154	23	73

Примечание: * – вид реабилитации отменен законом 07.07.03 № 118-ФЗ; ** – введен законом от 07.07.03 № 118-ФЗ



Как видно из таблицы 6, в среднем, выполнение рекомендованных учреждениями МСЭ реабилитационных мероприятий составляет около 50 %.

Размер компенсационных выплат за ущерб, причиненный здоровью производственными факторами, т.е. размер ежемесячного страхового обеспечения у целого ряда пострадавших составляет от 10 до 30 тысяч рублей (а у некоторых и более) в месяц, обеспечивает их материальное благополучие и психологически настраивает на отказ от реабилитационных мероприятий.

Федеральный закон № 125-ФЗ, опять же, не предусматривает ответственность застрахованного за невыполнение реабилитационных мероприятий.

Кроме того, нет четко прописанных положений о взаимодействии между Фондом социального страхования РФ, медицинскими и реабилитационными учреждениями.

Опыт зарубежных стран, в которых обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний существует 100 и более лет, показал, что затраты на реабилитацию и восстановление профессиональной трудоспособности законодательно предпочтительнее последующих пенсионных выплат. Основопологающим принципом страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Германии, например, является: сначала — реабилитация, в случае не выздоровления — постоянная пенсия.

По нашему мнению, реабилитация будет эффективна только в том случае, если Фонд и его исполнительные органы будут иметь полномочия самостоятельно организовывать весь процесс реабилитации:

- решать вопросы о применении к конкретному пострадавшему на производстве конкретных реабилитационных мероприятий;
- выбирать реабилитационные учреждения (не только учреждения, предоставляющие санаторно-курортные услуги, но и ЛПУ);
- проверять эффективность назначенных лечебных процедур, для этой цели необходимо иметь своих врачей-экспертов, прошедших специальную подготовку;
- требовать от медицинских учреждений и лечащих врачей информацию о проведенных реабилитационных мероприятиях и состоянии здоровья пострадавшего на производстве после их проведения;
- лишать, хотя бы частично, ежемесячной страховой выплаты (по принципу лишения пособий по временной нетрудоспособности за нарушение режима, предписанного врачом) пострадавшим, отказавшимся выполнять реабилитационные мероприятия.

Сегодня же учреждения МСЭ расписывают ПРП, но проходит год, а мероприятия пострадавшим не выполняются. При очередном освидетельствовании вновь расписываются те же мероприятия и вновь не выполняются или выполняются частич-

но по выбору пострадавшего, скажем, захотел отдохнуть в санатории. Но и в санатории назначенное лечение не всегда принимает. А состояние здоровья не только не улучшается, но и ухудшается. При очередном освидетельствовании учреждение МСЭ процент утраты профессиональной трудоспособности увеличивает. Следовательно, необоснованно растут расходы Фонда социального страхования Российской Федерации.

Учреждения МСЭ должны иметь право уменьшать пострадавшим, которые отказываются от реабилитационных мероприятий, выдавать процент утраты профессиональной трудоспособности и, одновременно, рекомендации к труду по любой другой профессии, по которой они могут выполнять работу, даже менее квалифицированную и ниже оплачиваемую.

Здесь особо хотелось бы обратить внимание на тот факт, что ни одним нормативным документом не закреплено доведение в обязательном порядке до работодателя указанных в ПРП рекомендаций о противопоказанных и доступных видах труда, противопоказанных факторах и условиях труда, а также условий труда, доступных по состоянию здоровья и контроль их выполнения. Зачастую об этих рекомендациях работодатель не знает или не хочет знать, и его никто не контролирует в этом вопросе.

Но нельзя не сказать и о положительных результатах работы четырех лет. Те пострадавшие, которым была рекомендована медицинская реабилитация (дополнительная медицинская помощь, лекарственное обеспечение, санаторный этап реабилитации), при желании, ее получили. Некоторые прошли и профессиональную реабилитацию (переобучение новой профессии).

Состояние здоровья, особенно у той категории пострадавших на производстве, которые реабилитацию прошли в ранние сроки, т.е. в первые 2-3 года после полученной травмы или острого отравления, улучшилось, у какой-то части улучшилось значительно, поэтому бюро МСЭ при очередном переосвидетельствовании процент утраты профессиональной трудоспособности понижали или вообще не подтверждали. Лица, прошедшие переобучение, т.е. получившие новую профессию (за счет средств социального страхования), также признаны трудоспособными по новой профессии.

После восстановления профессиональной трудоспособности, у пострадавших возникает проблема трудоустройства. Несколько лет не работавшие люди нередко уже потеряли профессиональные навыки. Кроме того, возраст у большинства из них от 45 и более лет, поэтому трудоустроиться самостоятельно сложно.

Вот на этом этапе исполнительной власти, как на федеральном, так и на региональном уровне, по нашему мнению, необходимо решать вопрос трудоустройства лиц, которым совместными усилиями лечебно-профилактических учреждений, учреждений медико-социальной экспертизы и исполнительных органов Фонда социального страхования



удалось вернуть здоровье, но которые не могут найти себе применение. Как нам кажется, можно найти решение этого вопроса в квотировании рабочих мест, в основном на предприятиях, на которых застрахованные получили травмы или профессиональные заболевания.

На этом же фоне возникла еще одна проблема: недовольство пострадавших тем, что проценты утраты профессиональной трудоспособности или понижались, или вообще снимались. Есть такая категория застрахованных, у которых за несколько лет спокойной жизни за счет государственных средств развился комплекс иждивенчества.

Отсюда и постоянно выдвигаемые требования, причем одними и теми же лицами, провести индексацию сумм страхового обеспечения, лозунги о неправомерных действиях регионального отделения, учреждений медико-социальной экспертизы.

К сожалению, необходимо отметить, что в 2004 году в области сложилась неблагоприятная ситуация в работе Главного бюро МСЭ Департамента социальной защиты населения области.

Начиная с 2001 года, в штатное расписание регионального отделения были введены врачи-специалисты. Перед последними была поставлена задача – вплотную заняться вопросами медицинской, социальной и профессиональной реабилитации пострадавших на производстве.

В 2001 году региональным отделением, совместно со специалистами-врачами филиалов, были проанализированы медицинские документы, имеющиеся в личных (учетных) делах пострадавших на производстве. Во многих личных делах выявились несоответствия в заключениях первичных бюро МСЭ, установленных процентов утраты профессиональной трудоспособности обстоятельствам получения травм, изложенным в Актах формы Н-1, рекомендованных, например, лекарственных средств, прямым последствиям травм или профзаболеваний, а также упущенные виды реабилитации и т.д.

При несоответствии указанных в заключении МСЭ последствий полученной травмы или профзаболевания проценту утраты профессиональной трудоспособности, а также рекомендаций по реабилитации, филиалы в установленном порядке обжаловали такие заключения в Главное бюро МСЭ.

Так, при обжаловании в 2002 году 198 решений первичных бюро МСЭ по определению степени утраты профессиональной трудоспособности, в 40 % случаев Главным бюро МСЭ Департамента социальной защиты населения Кемеровской области решения первичных бюро МСЭ отменены, в 16 % случаев – уменьшены и в 3,3 % случаев Главным бюро МСЭ степень утраты профессиональной трудоспособности пострадавших увеличена.

В 2003 году, из 2576 обжалованных решений первичных БМСЭ, в 2,8 % случаев Главное бюро МСЭ решения первичных отменили, в 1,5 % уменьшили и в 15,7 % увеличили.

Здесь необходимо обратить внимание на ответственность, которая ложится на учреждения МСЭ.

Легче “дать” проценты утраты профессиональной трудоспособности, чем потом их снять, если обнаруживается ошибка или, хуже того, недобросовестность кого-то из специалистов учреждения МСЭ.

В области в феврале-марте текущего года ряд получателей страхового обеспечения по страхованию от несчастных случаев и профессиональных заболеваний, не согласных с заключениями учреждений медико-социальной экспертизы, выступали с акциями протеста.

На волне этих акций протеста Главное бюро медико-социальной экспертизы Департамента социальной защиты населения области, по личным заявлениям пострадавших, проводило в ряде городов области внеочередные освидетельствования на внеплановых выездных заседаниях, на которых выносили решения об изменении степени утраты профессиональной трудоспособности в сторону увеличения. Мнение специалистов-врачей регионально-го отделения в этих случаях не учитывалось.

Таким образом, практика реализации закона № 125-ФЗ показала, что он работает сегодня только в одном направлении – обеспечение материального благополучия пострадавших на производстве.

Сегодня региональное отделение производит страховые выплаты лицам, имеющим 10-20 процентов утраты профессиональной трудоспособности, около 14000 человек. Эта категория застрахованных практически трудоспособна, но получает возмещение утраченного заработка по своей профессии. В то же время, из 35314 получателей страхового обеспечения (на 01.01.04 г.), только 2412 человек работают.

Здесь же уместно сказать, что из 43 получателей страховых выплат (по состоянию на 01.01.04 г.), которым учреждениями МСЭ рекомендовано переобучение новой профессии, в настоящее время проходят такое переобучение 6 человек. Остальные 37 человек не изъявили желания получить новую профессию.

Подтверждает эту проблему и другая статистика: из 5070 пострадавших мужчин трудоспособного возраста (в связи со спецификой нашей области – угольная, металлургическая отрасли, возраст взят до 50 лет), с утратой трудоспособности до 30 % включительно, учреждениями МСЭ рекомендована профессиональная реабилитация только 13 пострадавшим.

Такая же ситуация и у пострадавших женщин в возрасте до 50 лет: из 595 человек трудоспособного возраста с утратой трудоспособности до 30 % включительно, ни одной не рекомендована профессиональная реабилитация.

Все сказанное выше указывает на общую проблему для страховщика и застрахованных – отсутствие заинтересованности пострадавших на производстве вернуться к труду.

Проанализировав складывающуюся ситуацию с реабилитацией пострадавших на производстве, мы пришли к выводу, что необходима четко выстроенная, совершенно новая система реабилитации по-

страдавших на производстве от несчастных случаев и профессиональных заболеваний.

Как нам видится работа над этой системой:

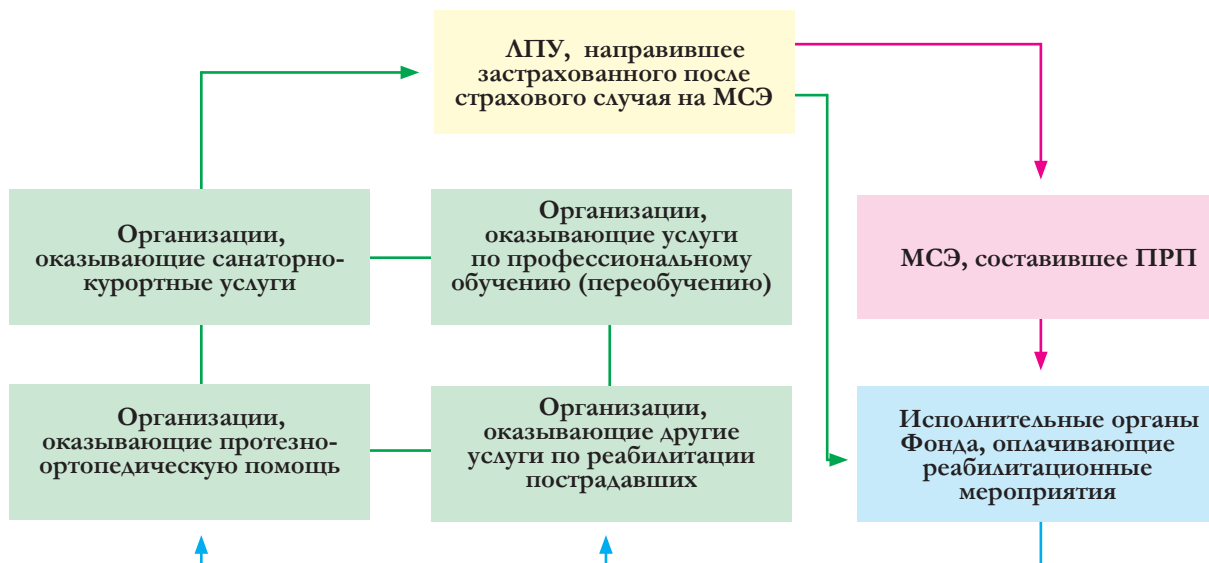
1. В первую очередь, для создания этой системы необходимо выделить основные направления в реабилитационной работе с пострадавшими.

2. В связи с тем, что Фонд социального страхования РФ принял личные (учетные) дела пострадавших и производит им страховое обеспечение без ограничения сроком давности страхового случая, в первую очередь, необходимо особо выделить новые страховые случаи (особенно тяжелые несчастные случаи) после 06.01.2000 года (первый шаг уже сделан – федеральным законом предусмотрено лечение застрахованных непосредственно после тяжелых несчастных случаев на производстве) и застрахованных перспективного трудоспособного возраста и определить реабилитационный потенциал каждого из них.

3. Фонд и его исполнительные органы в субъектах Федерации должны иметь законодательно определенное право сделать выбор для реабилитационного лечения тех ЛПУ и других учреждений, которые имеют высокотехнологичное оборудование, высококвалифицированные медицинские и другие кадры, опыт работы в своей сфере деятельности.

4. Фонд и его исполнительные органы в субъектах Федерации совместно с исполнительной властью должны определить механизм взаимодействия между страхователями, ЛПУ и другими учреждениями, которые выберет (на конкурсной основе) региональное отделение, и самим региональным отделением (его филиалами), для проведения реабилитационных мероприятий. Цель такого взаимодействия – определить и провести реабилитационные мероприятия в полном объеме, с наибольшим эффектом. В общих чертах такой порядок взаимодействия представлен на схеме.

Схема



В Кемеровской области зачатки такого взаимодействия уже имеются в реализации ст. 8, п. 3 закона № 125-ФЗ “лечение застрахованного, ...непосредственно после происшедшего тяжелого несчастного случая на производстве до восстановления трудоспособности или установления стойкой утраты профессиональной трудоспособности”;

5. В лечебно-профилактических учреждениях, пострадавших на производстве от несчастных случаев и профзаболеваний должны обслуживать специально выделенные врачи, у которых должна быть заинтересованность в проведении всех реабилитационных мероприятий, рекомендованных пострадавшим, в конечном их результате.

6. Особую роль необходимо отвести государственной службе медико-социальной экспертизы. Эта проблема нуждается в отдельном обсуждении.

Приведенные в статье материалы свидетельствуют об успешном решении в Кемеровской области проблемы материального обеспечения застрахованных в случае травмы на производстве или профессионального заболевания, и затрагивают некоторые нерешенные проблемы медицинской, социальной и профессиональной реабилитации пострадавших на производстве от несчастных случаев и профессиональных заболеваний.

Выводы:

1. Необходимо экономически заинтересовать страхователей в снижении производственного травматизма и профзаболеваний посредством более дифференцированного страхового тарифа, не только по отраслям (подотраслям) экономики, но



и страхователям, в зависимости от количества пострадавших на производстве и расходов на их страховое обеспечение.

2. В законе № 125-ФЗ:

- определить Перечень превентивных мер по снижению производственного травматизма и профзаболеваний, частично финансируемых за счет средств обязательного социального страхования;
- четко прописать, что такое капитализация средств страхователями, порядок внесения капитализированных платежей и ответственность работодателей перед страховщиком и застрахованными в этом вопросе;
- дать определение, что такое реабилитация пострадавших на производстве от несчастных случаев и профессиональных заболеваний;
- закрепить права, обязанности субъектов обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, особенно застрахованных, в выполнении реабилитационных мероприятий;
- выделить реабилитацию лиц трудоспособного возраста, как приоритетное направление в медицинской, социальной и профессиональной реабилитации пострадавших на производстве;
- предусмотреть законодательно право выбора пострадавшим на производстве получения одного вида страхового обеспечения по трудовому увечью: либо пенсии по инвалидности в связи с трудовым увечьем за счет средств Пенсионного фонда, либо страхового обеспечения за счет средств Фонда социального страхования РФ, по аналогии с правом выбора бесплатного или льготного получения одних и тех же видов помощи (ст. 8, п. 2, Федерального закона № 125-ФЗ) и правом выбо-

ра либо пенсии по инвалидности, либо пенсии по старости.

3. Наделить Федеральную службу по надзору и контролю в сфере здравоохранения и социального развития правом контроля за правомочностью выносимых Главным бюро МСЭ субъектов Российской Федерации решений и отмены незаконно принятых ими заключений.

4. Учреждения МСЭ должны быть независимы, т.к. от их решений зависит использование федеральных средств. По нашему мнению, для этого их необходимо переподчинить Министерству здравоохранения и социального развития (Федеральному агентству по здравоохранению и социальному развитию).

5. Необходимо пересмотреть Временные критерии определения степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, утв. постановлением Минтруда РФ от 18.07.01 г. № 56, адаптировать их к современным условиям.

6. Создать Федеральные учреждения медико-социальной экспертизы в Федеральных округах, хотя бы в тех, где наибольшее число пострадавших на производстве и инвалидов по общему заболеванию, заключения которых должны носить обязательный характер для первичных учреждений медико-социальной экспертизы. Считаем целесообразным создание на базе Федерального государственного учреждения “Новокузнецкого научно-практического центра медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов” учреждения медико-социальной экспертизы со статусом Федерального Центра медико-социальной экспертизы и указанными выше правами.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Становление обязательного социального страхования работников от профессиональных рисков в России / Барановский И.Г., Измайлова О.В., Субботин В.В., Ткачев В.В. // Бюлл. Науч. совета. Медико-экологические проблемы работающих. ГУ НИИ медицины труда Российской АМН. – 2003. – № 1. – С. 53-58.
2. Барановский, И.Г. Возмещение вреда шахтерам / Барановский И.Г. // Ваше право. – 1998. – № 9. – С. 6.
3. Дубровский, В.Н. Направление сумм страховых взносов на финансирование предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний / Дубровский В.Н., Говорков В.Н. // Вест. госуд. соц. страх. – 2002. – № 6. – С. 66-68.
4. Мелехин, А.И. Практика страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в отдельных странах Европейского Союза (Германия, Финляндия, Франция) / Мелехин А.И., Тошаков О.А. // Вест. госуд. соц. страх. – 2003. – № 10. – С. 70-77.
5. Методика расчета скидок и надбавок к страховым тарифам на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (утв. Постан. ФСС РФ от 25.02.2002 г., № 11).
6. Осадчих, А.И. Актуальные проблемы медико-социальной экспертизы и реабилитации / Осадчих А.И. // Бюлл. Науч. совета. Медико-экологические проблемы работающих. ГУ НИИ медицины труда Российской АМН. – 2003. – № 1. – С. 51-53.
7. Постановление Правительства РФ от 28.04.2001 г. № 331 “Об утверждении порядка направления в 2001 году сумм страховых взносов на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию пострадавших на производстве от несчастных случаев и профессиональных заболеваний, финансирование санаториев-профилакториев и медицинских учреждений страхователей”.
8. Постановление Правительства РФ от 28.02.2002 г. № 136 “Об утверждении порядка осуществления финансирования в 2002 году предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников”.



9. Перечень предупредительных мер на 2004 год по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников, проведение которых частично финансируется за счет страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (утв. Постан. Минтруда РФ от 5 марта 2004 г. № 28).

10. Перечень предупредительных мер на 2003 год по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников, частично финансируемых за счет страховых взносов по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (утв. Постан. Минтруда РФ от 3 марта 2003 г. № 9).

11. Перечень предупредительных мер на 2002 год по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников, частично финансируемых за счет страховых взносов по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (утв. Постан. Минтруда РФ от 25 марта 2002 г. № 22).

12. Правила возмещения вреда, причиненного работникам увечьем, профессиональным заболеванием либо иным повреждением здоровья, связанным с исполнением ими трудовых обязанностей (утв. постановлением Верховного Совета Российской Федерации от 24.12.1992 г. № 4214-1, с измен. и доп. от 24.11.1995 г. № 180-ФЗ).

13. Реабилитация лиц, пострадавших на производстве: методология и пути совершенствования /В.А. Семенихин, В.В. Агаджанян, И.М. Гайфулина и др. //Медицина в Кузбассе: Спецвыпуск. – 2004. – № 2. – С. 35-37.

14. Сквирская, Г.П. Медико-социальный аудит /Сквирская Г.П. //Соц. защита. Безопасность и медицина труда. – 2004. – № 1. – С. 30-34.

15. Системы обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний: Российский опыт сквозь призму зарубежного /Э. Оути, Б. Пабст, В. Рикке и др. Под ред. Г.П. Дегтярева и др. – М., 2003. – 448 с.

16. Федеральный закон от 24.07.98 г. № 125-ФЗ “Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний”.

17. Федеральный закон от 02.01.2000 г. № 10-ФЗ “О страховых тарифах на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний на 2000 год”.

18. Финансовые и статистические отчеты Государственного учреждения – Кузбасского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации //Архив. – 1999-2003 гг.

19. Ханченков, Н.С. Проблемы медицинской, социальной и профессиональной реабилитации пострадавших на производстве /Ханченков Н.С. //Вестн. госуд. соц. страх. – 2003. – № 8.

20. Ханченков, Н.С. Лечение и реабилитация травмированных на производстве в ранние сроки после полученной на производстве тяжелой травмы /Н.С. Ханченков, Т.В. Кузнецова, Н.В. Иванов //Медицина в Кузбассе: Спецвыпуск. – 2004. – № 2. – С. 41-46.

21. Шнайдер, В. Лечение вместо переобучения /Шнайдер В., Фабиан С. //Социальная защита. Безопасность и медицина труда. – 2004. – № 1. – С. 30-32.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТРАДАВШИХ НА ПРОИЗВОДСТВЕ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

В статье рассмотрена актуальность проблемы совершенствования медико-социальной реабилитации пострадавших на производстве от несчастных случаев и профессиональных заболеваний, поставлены цель, основные задачи комплексного научного исследования на территориальном уровне, рассмотрены аспекты его научной новизны и практической значимости для крупного промышленного региона Сибири – Кемеровской области.

The article touches upon the actual problem of improvement of the medical and social rehabilitation of the persons, disabled as a result of accidents and occupational diseases at production sights. The target, the main tasks of combined scientific research at the territory level have been established. There also have been considered the aspects of its scientific novelty and practical validity for the large Siberian industrial territory – Kemerovo region.

Охрана здоровья населения, в частности, медико-социальная реабилитация пострадавших на производстве от несчастных случаев и профессиональных заболеваний, несомненно, должна иметь одно из самых приоритетных значений в ряду важных государственных проблем. Профессиональные заболевания и травмы без проведения медико-социальной реабилитации вызывают дальнейшее ухудшение здоровья и затрудняют адаптацию к социально-активной жизни работающего.

Весьма актуальным является совершенствование системы медико-социальной реабилитации, включающее значительное расширение ее функциональных задач с определением реабилитационных возможностей и потребности в основных видах медико-социальной помощи.

По данным Департамента социальной защиты населения Кемеровской области и Главного бюро медико-социальной экспертизы (“Основные показатели инвалидности и деятельности бюро МСЭ за 1999-2001 гг.”, Кемерово, 2002), общий контингент инвалидов в Кузбассе в 2001 г. составил 135 тыс. человек. Учитывая высокий уровень заболеваемости, в том числе профессиональной и производственно-обусловленной, неблагоприятную демографическую ситуацию, ряд негативных показателей социально-экономического развития, неблагоприятную экологическую обстановку, в ближайшие годы, по прогностическим расчетам, это число может увеличиться до 150 тыс. человек [1].

В настоящее время отсутствует научно-обоснованная государственная политика медико-социальной реабилитации. Этим вопросом занимаются органы управления и учреждения здравоохранения, социальной защиты и социального страхования населения, между которыми отсутствует взаимодействие и преемственность в оказании медико-социальной помощи и реабилитации.

Необходимо комплексно решать как проблемы медико-социальной реабилитации пострадавших на производстве, так и проблемы последующей их социально-активной жизнедеятельности.

В действующем законе “Об обязательном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний” нет определения понятия “реабилитация”. Этот вопрос вынесен на рассмотрение Государственной Думы. В проекте закона говорится, что “реабилитация застрахованных – комплекс мероприятий, направленных на восстановление трудоспособности застрахованных или возможно более крупную компенсацию ограниченной жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья вследствие несчастного случая на производстве или профессионального заболевания” [2].

Колоссальный социально-экономический ущерб, наносимый производственной заболеваемостью, травматизмом и возможной последующей инвалидностью, придает особую актуальность и важность проблеме разработки эффективных механизмов совершенствования системы медико-социальной помощи и реабилитации на территориальном уровне.

Решение проблемы предполагает комплексную научно-практическую оценку и анализ здоровья пострадавших на производстве, а также их социальную реабилитацию. Наличие полной и своевременной информации возможно только при современном информационном обеспечении.

Цель исследования: Разработка и научное обоснование комплекса мероприятий по совершенствованию системы медико-социальной реабилитации пострадавших на производстве от несчастных случаев и профессиональных заболеваний, направленного на снижение потерь трудоспособного потенциала общества, на основе комплексного социально-гигиенического исследования основных проблем профессиональной заболеваемости и



травматизма и организации системы медико-социальной реабилитации.

Задачи:

1. Разработать программу и методику комплексного социально-гигиенического исследования проблем профессиональной заболеваемости и травматизма и организации системы медико-социальной реабилитации.

2. Проанализировать региональные особенности структуры профессиональной заболеваемости и травматизма, с учетом комплексного влияния производственных, социальных и экологических факторов.

3. Провести социологический опрос больных с профессиональными заболеваниями и травмами по вопросам медико-социальной реабилитации.

4. Провести экспертную оценку проблем и обосновать необходимость совершенствования существующей системы медико-социальной реабилитации больных с профессиональными заболеваниями и травмами в Кемеровской области на основе современного информационного обеспечения.

5. Разработать и научно обосновать структурно-организационную модель оптимальной системы медико-социальной реабилитации больных с профессиональными заболеваниями и травмами территориального уровня.

6. Разработать, научно обосновать и оценить эффективность базовых и индивидуальных программ медико-социальной реабилитации в рамках структурно-организационной модели.

7. Научно обосновать методические подходы к разработке комплексной целевой Программы медико-социальной реабилитации больных с профессиональными заболеваниями и травмами Кемеровской области.

Решение вышеприведенных задач имеет научную новизну и практическую значимость.

Научная новизна исследования:

- всестороннее, с позиции системного подхода, изучение показателей профессиональной заболеваемости и травматизма крупного промышленного региона РФ – Кемеровской области;
- проведение комплексного социально-гигиенического исследования проблем организации медико-социальной реабилитации больных с профессиональными заболеваниями и травмами;
- научное обоснование необходимости совершенствования существующей системы медико-социальной реабилитации больных с профессиональными заболеваниями и травмами в Кемеровской области, на основе совершенствования всех видов обеспечения, включая информационное;
- разработка и научное обоснование структурно-организационной модели оптимальной системы медико-социальной реабилитации больных с профессиональными заболеваниями и травмами территориального уровня;
- научное обоснование методических подходов к разработке комплексной целевой Программы медико-социальной реабилитации больных с про-

фессиональными заболеваниями и травмами Кемеровской области.

Практическая значимость будет заключаться в удовлетворении потребности в медицинской и социальной реабилитации пострадавших на производстве от несчастных случаев и профессиональных заболеваний, снижении потерь трудоспособного потенциала Кемеровской области, повышении эффективности использования имеющихся ресурсов [3], как результата комплекса мероприятий по совершенствованию системы медико-социальной реабилитации.

В настоящее время ведется практическая работа по определению медицинской, социальной, финансовой и других потребностей в реабилитационных мероприятиях, разрабатываются “Намерения к комплексной программе медико-социальной реабилитации больных с профессиональными заболеваниями и травмами”, ведется организационная работа по координации комплексной совместной деятельности субъектов процесса реабилитации на территориальном уровне.

В Программе “Реабилитация” планируется организация двух блоков: “Медико-социальная реабилитация” и “Информационное обеспечение” (разработка и внедрение автоматизированной системы “Реабилитация”).

Блок “Медико-социальная реабилитация” включает в себя комплексную оценку состояния здоровья пострадавших на производстве от несчастных случаев и профессиональных заболеваний: проведение профосмотров специалистами (терапевт, невролог, отоларинголог, офтальмолог, дерматолог, хирург, гинеколог, профпатолог); проведение исследований (анализ крови, рентгенография, функция внешнего дыхания, исследования по показаниям); углубленное (стационарное) обследование в условиях клиник; разработка индивидуальных маршрутов здоровья по результатам обследований; разработка и реализация индивидуальных программ реабилитации в условиях клиники ГУ НИИ КИП ПЗ и других специализированных клиник региона, а также в санаторно-курортных условиях (совместно с фондом социального страхования).

Блок “Информационное обеспечение” содержит автоматизированную информацию о численности и потребностях в реабилитации, электронный вариант истории болезни, персонифицированную динамическую информацию о развитии патологического процесса и реабилитации. Информационная система предполагает проведение автоматизированного анализа заболеваемости и смертности по причинам, возрастной структуре, генетическим признакам.

К ожидаемым конкретным результатам выполнения программы относятся:

1. Обеспечение законодательной, нормативной и информационной баз.
2. Выявление конкретных популяционных групп риска по видам заболеваний.
3. Сокращение выхода на инвалидность.



4. Снижение профессиональной и производственно обусловленной заболеваемости.

5. Объективность и однородность информации, устранение ее дублирования (преодоление проблем межведомственности).

6. Повышение эффективности системы социального страхования, охраны здоровья, с переходом к использованию современных информационных баз.

7. Оперативность представления информации на различные уровни управления.

8. Помощь конкретному человеку в улучшении состояния здоровья и социальной адаптации, увеличение продолжительности социально-активной жизни.

Программа должна выполняться поэтапно, с учетом имеющихся ресурсов на ее реализацию.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Захаренков, В.В. Разработка и научное обоснование системы медико-социальной реабилитации детей-инвалидов и инвалидов трудоспособного возраста (на примере Кемеровской области) /Захаренков В.В.: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Новокузнецк, 2003. – 46 с.

2. Ханченков, Н.С. Организационные проблемы реабилитации пострадавших от несчастных случаев и профессиональных заболеваний /Н.С. Ханченков, В.А. Черно, Н.В. Иванов //Матер. XXXIII н.-пр. конф. “Гигиена, организация здравоохранения и профпатология”. – Новокузнецк.

3. Необходимость и основные концептуальные подходы к разработке целевой программы “Медико-социальная реабилитация инвалидов” /Г.И. Чеченин, А.В. Сытин, Е.М. Васильченко, Н.М. Жилина //Матер. межрегион. н.-пр. конф. с междунар. участием Рос.-Европ. фонда в поддержку социальных реформ. – Новокузнецк, 2002. – С. 10-15.





РАЗРАБОТКА СИСТЕМЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Инвалидность является одним из важнейших интегральных показателей здоровья и уровня жизни населения и представляет собой серьезнейшую проблему для правительств, органов управления здравоохранением и социальной защиты населения.

Общее число инвалидов в Российской Федерации, состоящих на учете в органах социальной защиты населения, достигает 8,9 млн. человек [5]. Всего в Российской Федерации в 2002 г. впервые признаны инвалидами 1,1 млн. человек [4], из них лица трудоспособного возраста составляют 49,9 %. Контингенты инвалидов в 10-15 раз превышают первичную инвалидность в мире.

В Российской Федерации общее число инвалидов за последние пять лет выросло и составляет 614,5 человек на 10000 населения, а детская инвалидность – 203,9 детей на 10000 детского населения [3, 5].

По данным Департамента социальной защиты населения Кемеровской области и Главного бюро медико-социальной экспертизы (“Основные показатели инвалидности и деятельности бюро МСЭ за 1999-2001 гг.”, Кемерово, 2002), общий контингент инвалидов в Кузбассе в 2001 г. составил 135 тыс. человек. Учитывая высокий уровень заболеваемости, неблагоприятную демографическую ситуацию, ряд негативных показателей социально-экономического развития, неблагоприятную экологическую обстановку, общее число инвалидов в Кузбассе в ближайшие годы может значительно увеличиться, по прогностическим расчетам – до 150 тыс. человек.

В современных условиях огромное значение придается мероприятиям, способствующим интеграции инвалидов в общество в рамках деятельности различных систем медико-социальной реабилитации. Совершенствование системы медико-социальной реабилитации, включающей значительное расширение функциональных задач, с определением ограничений основных видов жизнедеятельности, реабилитационных возможностей и потребности инвалидов в основных видах медико-социальной помощи, требует внесения значительных корректив в работу системы медико-социальной реабилитации.

В настоящее время отсутствует научно обоснованная государственная политика медико-социальной реабилитации инвалидов. Вопросами медико-социальной и профессиональной реабилитации занимаются органы управления и учреждения здравоохранения, социальной защиты и социального страхования населения. При этом между ними отсутствует взаимодействие и преемственность

в оказании медико-социальной помощи и реабилитации инвалидов. В то же время, необходимо комплексно решать как проблемы медико-социальной реабилитации, так и последующей социальной интеграции инвалидов в общество. Это диктует необходимость организации соответствующих реабилитационных структур [1, 2, 5, 6, 7].

Колоссальный социально-экономический ущерб, наносимый инвалидностью детей и лиц трудоспособного возраста, являющихся “экономическим потенциалом страны”, придает особую актуальность и важность проблеме разработки эффективных механизмов совершенствования медико-социальной помощи и реабилитации инвалидов на территориальном уровне. В современном понимании проблемы медико-социальной реабилитации выходят за рамки медико-биологического направления, объединяя медико-психологические, медико-социальные и другие аспекты.

Объектом настоящего исследования являлась система медико-социальной реабилитации инвалидов на территориальном уровне. В ходе исследования нами был проведен анализ годовых статистических отчетов учреждений социальной защиты Кемеровской области, который позволил определить основные причины инвалидизации детей и лиц трудоспособного возраста. Анализ показателей инвалидизации населения в крупном промышленном центре (г. Новокузнецк) за период с 1990 по 1998 гг. показал, что за этот период значительно выросла численность инвалидов, изменилась структура инвалидности, произошло утяжеление групп инвалидности, изменилась структура причин инвалидности, при этом снизился уровень медико-социальной реабилитации инвалидов (рис. 1).

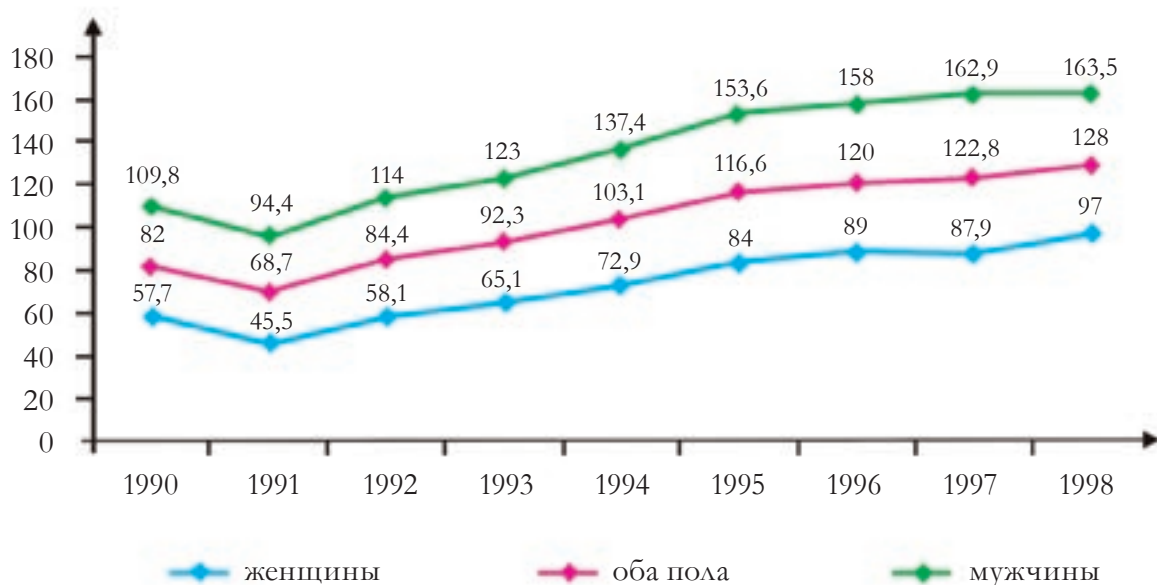
Все это послужило основанием для разработки методологических подходов к решению проблем медико-социальной реабилитации инвалидов, создания условий и структур для реализации реабилитационных программ. Для разработки программ медико-социальной реабилитации инвалидов было необходимо изучить объемы и структуру потребности инвалидов в различных видах медико-социальной помощи и реабилитации. Анализ нарушений основных функций и ограничений жизнедеятельности инвалидов по степени выраженности позволил установить зависимость изменений категорий ограничений жизнедеятельности от нарушений основных функций инвалидов.

В ходе исследования нами были определены ведущие сочетания нарушений основных функций и категорий ограничений жизнедеятельности, которые легли в основу определения потребности инвалидов при различных ограничениях жизнедея-



Рис. 1

Динамика численности инвалидов за период 1990-1998 гг. (на 10 тыс. населения)



тельности с различной степенью выраженности в основных видах медико-социальной помощи.

Социологический опрос детей-инвалидов (их родственников) и инвалидов трудоспособного возраста по вопросам организации медико-социальной реабилитации позволил получить следующие результаты. Почти половина инвалидов вообще не проходила какую-либо реабилитацию, а из числа проходивших реабилитацию, основная часть проходила ее в учреждениях здравоохранения. В боль-

шей части результаты реабилитации были отрицательными (отсутствовали). Основной причиной неудовлетворительных результатов реабилитации респонденты считают ее несвоевременное проведение, что учитывалось при планировании программ медико-социальной реабилитации.

Полученные в ходе исследования данные послужили основанием для определения потребности инвалидов в различных видах медико-социальной реабилитации (таблица).

Таблица

Потребность инвалидов в различных видах медико-социальной реабилитации по группам инвалидности (в %)

Виды медико-социальной реабилитации	Группы инвалидности		
	I	II	III
Медицинская реабилитация:	100,0	100,0	100,0
- медикаментозная терапия	86,0 ± 0,6	60,9 ± 0,9	76,0 ± 0,8
- физиотерапия	54,5 ± 0,9	86,4 ± 0,6	54,5 ± 0,9
- кинезо- и мануальная терапия	42,8 ± 0,9	66,9 ± 0,9	58,7 ± 0,9
- диетотерапия	30,4 ± 0,9	51,9 ± 0,9	47,6 ± 0,9
- гидротерапия	44,3 ± 0,9	43,0 ± 0,9	24,5 ± 0,8
- бальнеотерапия	72,4 ± 0,8	36,0 ± 0,9	28,0 ± 0,8
- трудотерапия	30,9 ± 0,9	41,8 ± 0,9	18,4 ± 0,7
Профессиональная реабилитация	100,0	100,0	100,0
- рациональное трудоустройство	7,9 ± 0,5	22,6 ± 0,8	81,7 ± 0,7
- профессиональная ориентация	54,7 ± 0,9	62,1 ± 0,9	9,9 ± 0,6
- профессиональное обучение	37,3 ± 0,9	15,1 ± 0,7	8,2 ± 0,6
- социальная реабилитация	92,9 ± 0,5	84,2 ± 0,6	38,0 ± 0,8
- социально-средовая ориентация и адаптация	66,8 ± 0,9	64,1 ± 0,9	18,4 ± 0,7
- социально-бытовая адаптация	52,5 ± 0,9	51,9 ± 0,9	14,7 ± 0,7
- периодический посторонний уход	24,2 ± 0,8	11,8 ± 0,6	-
Социально-психологическая адаптация	31,7 ± 0,9	52,8 ± 0,9	20,3 ± 0,7
Потребность во вспомогательных средствах	25,6 ± 0,8	5,7 ± 0,4	-



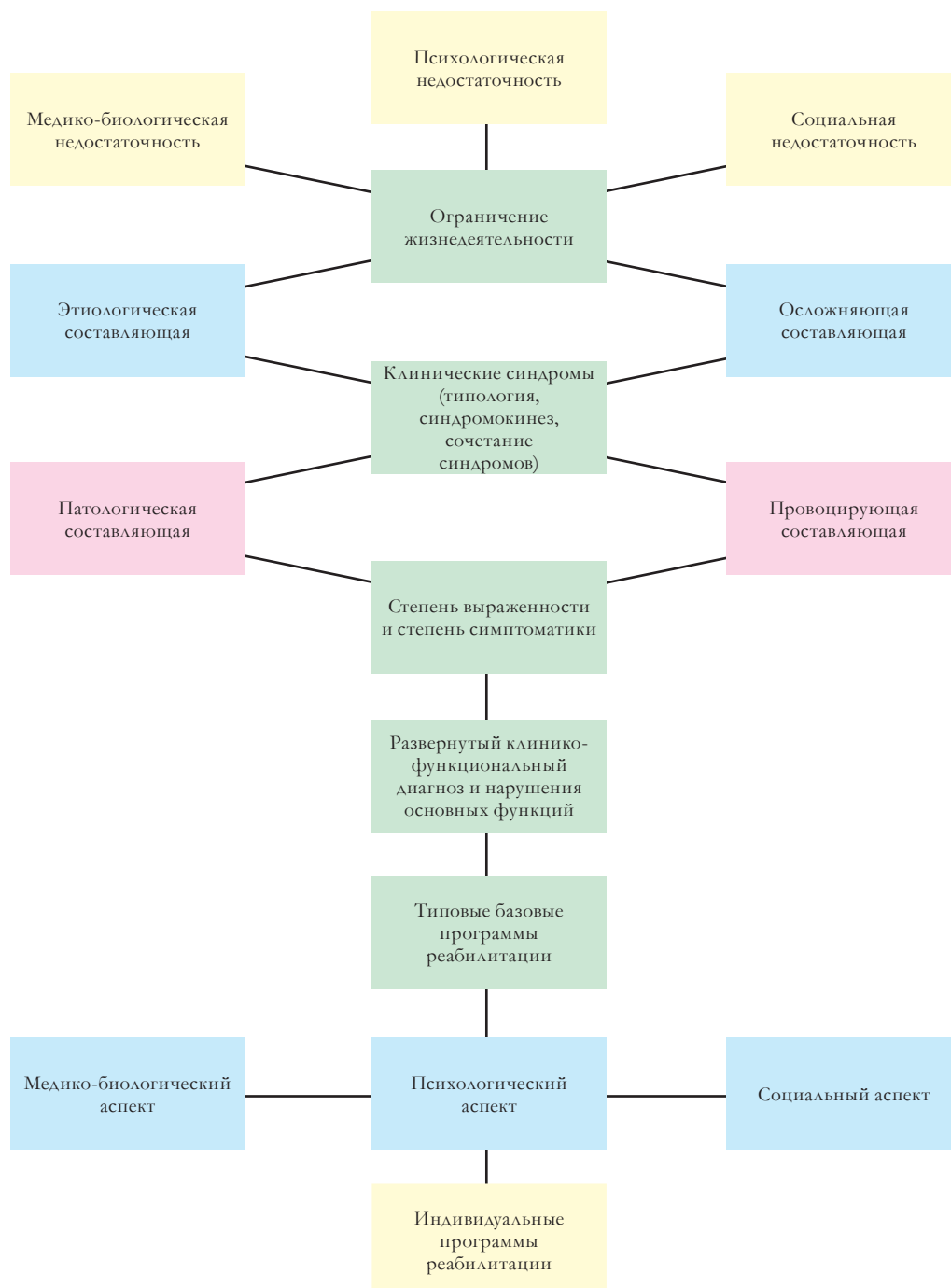
При разработке типовых базовых программ медико-социальной реабилитации был использован дифференцированный подход, с учетом степени нарушенных и сохранившихся функций, уровня социальной и психологической адаптации к социальным, средовым, бытовым и другим факторам. Для научно обоснованного планирования и организации медико-социальной реабилитации были

разработаны несколько вариантов типовых базовых реабилитационных программ.

Особенностью разработки реабилитационных мероприятий являлось то, что каждая типовая базовая программа была направлена на определенные нарушения основных функций, с учетом наиболее значимых категорий ограничений жизнедеятельности (рис. 2).

Рис. 2

**Формирование программы реабилитации
с учетом категории ограничения жизнедеятельности инвалида**





Этот подход позволил усилить соответствующий реабилитационный блок. В основу разработки типовых базовых реабилитационных программ положен принцип восстановительной помощи в связи с нарушением основных функций инвалида. При этом комплексная реабилитация охватывала медицинские, социальные и профессиональные мероприятия.

Для решения вопросов, связанных с эффективной реализацией функциональной системы ме-

дики-социальной реабилитации инвалидов, нами был организован Центр медико-социальной реабилитации инвалидов (рис. 3). Необходимо отметить, что структура, кадровый состав, отбор и формирование групп инвалидов, задачи клинико-функционального обследования и другие вопросы организации медико-социальной реабилитации решались в соответствии с рассчитанными объемами и структурой потребности инвалидов в различных видах медико-социальной помощи.

Рис. 3

Структурная модель центра медико-социальной реабилитации



Большое значение для проведения и планирования медико-социальной реабилитации инвалидов имеет четкое представление о контингентах инвалидов, нуждающихся в восстановительном лечении.

Технология формирования групп инвалидов и порядок их направления в центр были отработаны нами в течение нескольких лет. Анализ материалов по реабилитации инвалидов регулярно направлялся в отдел реабилитации инвалидов Департамента социальной защиты населения администрации области. На базе этих данных формировались группы инвалидов по административным территориям области. На следующем этапе информация о контингентах инвалидов направлялась в районные отделы социальной защиты, отделы здравоохранения.

Кроме этого, значительную роль в формировании этих групп играл Областной фонд социального страхования. На организационном этапе и при формировании групп инвалидов нами были разработаны показания к медико-социальной реабилитации. Координацию отбора больных инвалидов в области осуществлял отдел реабилитации инвали-

дов. Организационно-методическую основу реабилитационного процесса составляла развернутая реабилитационная программа, позволяющая всесторонне и последовательно обеспечить все принципы реабилитации и достигнуть наибольшего эффекта в максимально короткий срок.

Основной целью разработанной нами Территориальной целевой программы совершенствования медико-социальной реабилитации детей-инвалидов и инвалидов трудоспособного возраста явилось совершенствование оказания медико-социальной помощи и реабилитации инвалидов на основе сближения уровней оказания медико-социальной помощи инвалидам, проживающим как в крупных городах, так и в сельских населенных пунктах, районных центрах области.

Изучение объемов и структуры потребности инвалидов в различных видах медико-социальной помощи, разработка типовых базовых реабилитационных программ стали основой для организации структуры медико-социальной реабилитации инвалидов, научно обоснованного планирования и проведения реабилитационных мероприятий.



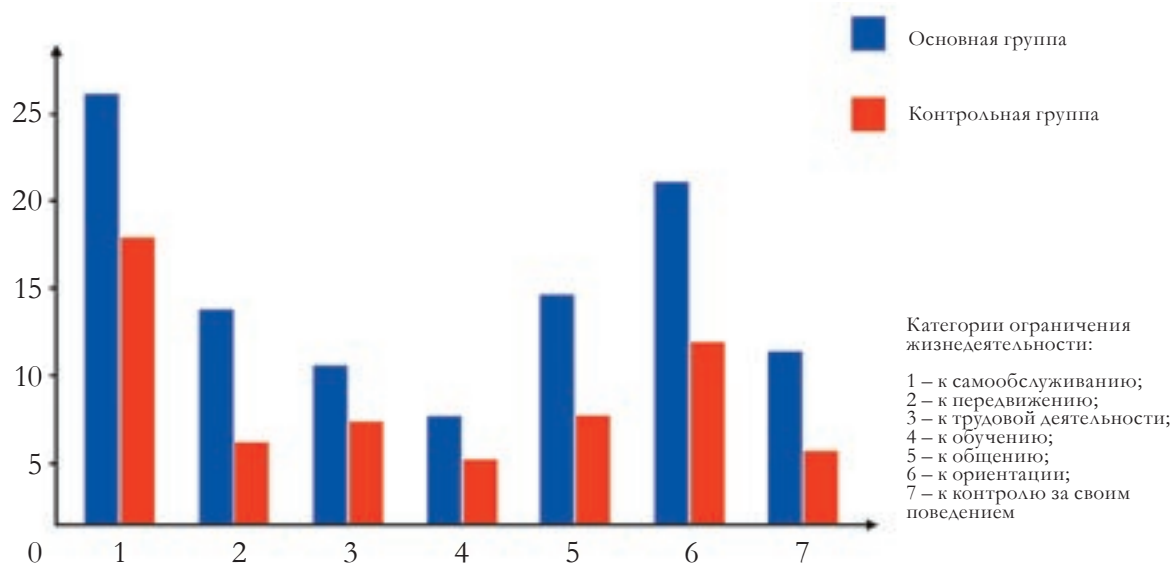
Анализ эффективности медико-социальной реабилитации инвалидов по разработанной комплексной системе показал более благоприятные результаты в основной группе, по сравнению с контрольной.

Так, у инвалидов с болезнями системы кровообращения способность к самообслуживанию улуч-

шилась в 1,6 раза, передвижению – в 2,3 раза, трудовой деятельности – в 1,9 раза. По различным категориям ограничений жизнедеятельности у инвалидов с болезнями нервной системы улучшение отмечено в 1,8–2,1 раза, костно-мышечной системы и соединительной ткани – в 1,2–2,3 раза чаще, чем в контрольной группе (рис. 4).

Рис. 4

Анализ эффективности медико-социальной реабилитации инвалидов



Таким образом, проведенное нами комплексное социально-гигиеническое исследование позволило разработать и предложить оптимальную модель

системы медико-социальной реабилитации детей-инвалидов и инвалидов трудоспособного возраста на территориальном уровне.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Актуальные проблемы реабилитации детей-инвалидов /С.Н. Пузин, В.В. Линник, А.Н. Чикинова и др. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2001. – № 2. – С. 26-29.
2. Зелинская, Д.И. Система учета и анализа детской инвалидности /Зелинская Д.И., Кобринский Б.А. //Рос. мед. ж. – 2000. – № 1. – С. 7-9.
3. Пузин, С.Н. Социально-медицинская реабилитация детей-инвалидов /Пузин С.Н., Дементьева Н.Ф. //Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2002. – № 2. – С. 3-6.
4. Пузин, С.Н. Инвалидность как геронтологическая проблема /Пузин С.Н., Гришина А.П., Храмов И.С. – М., 2003. – 208 с.
5. Проблемы инвалидности в России. Состояние и перспективы /А.И. Осадчих, С.Н. Пузин, Д.И. Лаврова и др. – М., 2002. – 368 с.
6. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения. В 2 томах / Под ред. Ю.П. Лисицына. – М.: Медицина, 1987.
7. Социальная гигиена и организация здравоохранения: Уч. руков. /Под ред. Ю.П. Лисицына. – Казань, 1998. – 698 с.



СПЕЦИАЛИСТЫ-ВРАЧИ В СИСТЕМЕ ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО
СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Показаны методологические подходы к работе специалистов-врачей в системе исполнительных органов Фонда социального страхования Российской Федерации. Определены пути решения задач, поставленных перед Фондом в части организации реабилитации застрахованных и анализа экспертизы нетрудоспособности. Выделены моменты несовершенства законодательной базы по организации обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

Ключевые слова: Фонд социального страхования РФ, специалисты-врачи, обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, экспертиза временной нетрудоспособности, медико-социальная экспертиза, пострадавшие на производстве, реабилитация.

Анализируя практику работы специалистов-врачей регионального отделения за период их работы (1999-2003 гг.), мы пришли к выводу, что деятельность этой категории специалистов исполнительных органов Фонда социального страхования Российской Федерации в настоящее время приобретает все большее значение. Поэтому возникла необходимость поговорить об их работе.

В штатное расписание Государственного учреждения – Кузбасского регионального отделения Фонда социального страхования Р специалистов-врачей ввели только после утверждения совместным приказом Минздрава РФ и Федерального фонда обязательно медицинского страхования от 24.10.1996 года № 363/77 “Положение о системе вневедомственного контроля качества медицинской помощи в Российской Федерации”. Указанным документом исполнительным органам Фонда социального страхования Российской Федерации было предоставлено право осуществлять контроль за деятельностью учреждений здравоохранения.

До 1997 года специалисты, имеющие медицинское образование, работали в региональном отделении, но в их удостоверениях были отражены занимаемые должности консультантов, что нередко вызывало сложности при проведении в ЛПУ проверок обоснованности выдачи или продления листов нетрудоспособности. И это несмотря на то, что Инструкция о порядке выдачи документов, удосто-

веряющих временную нетрудоспособность граждан (п. 1.4), предоставляла право специалистам регионального отделения осуществлять контроль за ее соблюдением.

Но трех специалистов-врачей на область, в которой в 1997 году насчитывалось 379 лечебно-профилактических учреждений, было явно недостаточно, что сказывалось и на качестве работы регионального отделения по контролю за организацией экспертизы временной нетрудоспособности.

Тем не менее, начиная с 1997 года, специалистами-врачами Государственного учреждения – Кузбасского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации (региональное отделение), совместно с Департаментом охраны здоровья населения Кемеровской области (ДООЗН КО), проводятся совместные проверки состояния экспертизы временной нетрудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях Кемеровской области (ЛПУ). При проведении совместных проверок ЛПУ по указанным вопросам, региональное отделение находит полную поддержку и взаимопонимание со стороны ДООЗН КО.

Сегодня в области 242 лечебно-профилактических учреждения.

Для координации работы по экспертизе временной нетрудоспособности региональным отделением совместно с ДООЗН КО ежегодно разрабатывается план-график проведения таких проверок (табл. 1).

Таблица 1

Годы	Количество ЛПУ	Не приняты к зачету или предотвращены необоснованные выплаты по итогам проверок (тыс. руб.)
1997	134	344,0 (деноминированных)
1998	79	351,7
1999	148	166,7
2000	151	1111,6
2001	83	1848,0
2002	88	1743,6
2003	94	11188,4



В 1999 году, в период подготовительной работы по введению в действие Федерального закона от 24.07.1998 года № 125 “Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний”, в штатное расписание регионального отделения были введены 12 специалистов-врачей.

Поэтому, как видно из таблицы, уже в 1999 г., совместно с ДОЗН, было проверено ЛПУ в 2 раза больше, чем в 1998 г.

В то же время видно, что, как только специалисты-врачи вплотную начали заниматься вопросами медицинской, социальной и профессиональной реабилитации пострадавших (с 2001 года), число проверенных ЛПУ вновь сократилось.

Необходимо сказать, что принимаемые меры дают свои положительные результаты.

Был период, когда 33 лечебно-профилактических учреждения не имели лицензии на право проведения экспертизы временной нетрудоспособности, на момент написания настоящей статьи осталось семь таких лечебно-профилактических учреждений. Эта цифра меняется ежемесячно, т.к. в основном это лечебно-профилактические учреждения, у которых срок действия лицензии закончился и документы на лицензирование уже сданы в ЛАК, но, по каким-либо техническим причинам, лицензия еще не получена.

Чтобы добиться таких результатов, региональному отделению пришлось обращаться во все инстанции, начиная от начальников управлений здравоохранения до глав администраций территорий и области. Можно было поступить проще – довести до всех страхователей сведения, о том, что листки нетрудоспособности, выданные ЛПУ, не имеющими лицензии на право проведения экспертизы временной нетрудоспособности, они не имеют права и не должны оплачивать. Но это привело бы к тому, что пострадали бы застрахованные граждане. Поэтому пошли по более сложному и длительному пути – работы с ЛПУ и руководителями территориальных образований.

Иногда обращения к главам администраций территорий не помогают, приходится применять более жесткие меры. Поэтому региональное отделение вынуждено всю сумму, выплаченную по листкам нетрудоспособности, выданную такими лечебными учреждениями, предъявить к ЛПУ для восстановления в бюджет Фонда социального страхования.

Проверки, проводимые в последние два-три года, показывают, что характер ошибок, допускаемых лечебно-профилактическими учреждениями, изменился. Если в 1997-2000 гг. наблюдалось значительное число листков нетрудоспособности, выданных необоснованно, или необоснованно продленных (проще сказать – “проданных” врачами), то в настоящее время количество таковых снизилось. При этом следует отметить, что явно “проданные” встречаются очень редко, чаще встречается продление врачом свыше 30 дней или фельдшером свыше

10 дней без заключения клинико-экспертных комиссий ЛПУ.

Для сравнения можно привести такие примеры 1997-2000 гг., когда врач за полгода выписал позаним числом (спустя 1-2 месяца) до 10 листков нетрудоспособности разным людям, т.е. явно продал их и отделался смешным “наказанием” – лишением права выписки листков нетрудоспособности без решения КЭК на 3 месяца. Имелись случаи, когда работникам строительной организации лечебно-профилактическим учреждением были выданы листки нетрудоспособности, а они в это время занимались ремонтом этого же ЛПУ. Были случаи выдачи листков нетрудоспособности по беременности и родам, как это ни парадоксально, мужчинам, если их жены не работали. Сегодня с такими фактами встречаемся гораздо реже, но все-таки они имеют место.

Те руководители и главные бухгалтеры страхователей, которые ответственно подходят к расходованию любых средств, в том числе средств социального страхования, в случаях сомнения в правильности оформления листков нетрудоспособности или обоснованности их выдачи обращаются в региональное отделение или филиалы для их проверки. И, как результат, листки нетрудоспособности или оформляются как положено, или предотвращаются незаконные выплаты государственных средств.

Но на сегодняшний день наиболее острой стала проблема неправильно оформленных и выданных в нарушение Инструкции о порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан, листков нетрудоспособности.

Так, в 2003 году выявлены 8997 неправильно оформленных и 9355 выданных с нарушением установленного порядка листков нетрудоспособности.

И это несмотря на то, что региональным отделением, совместно с Департаментом охраны здоровья населения области, почти ежеквартально проводятся совместные инструктивные совещания с заместителями главных врачей и заведующих поликлиниками (председателями КЭК) по вопросу организации контроля за экспертизой временной нетрудоспособности.

Аналогичные совещания проводят специалисты-врачи филиалов, совместно с управлениями здравоохранения территорий области. Но, как показала практика, более эффективными оказываются проводимые совещания-семинары в ЛПУ с врачами этих учреждений на месте, непосредственно после проверки, на примерах ошибок, допускаемых конкретным медицинским работником проверенных ЛПУ.

Филиалами применяется практика проведения ревизий страхователей, совместно специалистами-ревизорами и специалистами-врачами. Поэтому, при уменьшении числа проверенных ЛПУ, суммы не принятых к зачету расходов на выплату пособий значительно увеличились, т.к. специалисты-врачи целенаправленно проверяют те ЛПУ, в которых нарушения при выдаче листков нетрудоспособности установлены через страхователей. Это видно из



приведенной выше таблицы. Кроме того, филиалами практикуется обучение бухгалтеров расчетных групп непосредственно на предприятии. Причем инициаторами в этом вопросе чаще всего являются сами страхователи.

В связи с острой необходимостью доведения до каждого страхователя порядка оформления листов нетрудоспособности не теоретически, а практически, т.е. на примерах, встречающихся в работе, а также необходимостью разъяснения нового порядка определения заработка для исчисления пособий по временной нетрудоспособности, беременности и родам, региональным отделением подготовлена брошюра с образцами заполнения листов нетрудоспособности и примерами исчисления пособий по ним. В электронном виде брошюра, по просьбе страхователей или ЛПУ, доводится до каждого страхователя или ЛПУ.

Если ранее страхователи относили не принятие к зачету суммы выплаченных пособий по неправильно оформленным или выданным с нарушением установленного порядка листкам нетрудоспособности на свои убытки, или пытались через Арбитражный суд оспорить решения филиалов о непринятии к зачету расходов, произведенных по таким листкам нетрудоспособности, то в 2002-2003 гг. ситуация меняется. Страхователи все чаще стали предъявлять иски к ЛПУ, которые выписывали такие листки нетрудоспособности. С первых же таких исков судебная практика сложилась не в пользу ЛПУ.

Например, когда страхователь (Госпредприятие «Автоколонна 2036») обратился с иском о взыскании с МУЗ «Центральная городская больница» г. Мариинска 115248 руб., которые филиалом № 8 регионального отделения были не приняты к зачету вследствие того, что выплаты были произведены по листкам нетрудоспособности, выписанным ЛПУ с нарушением пп. 2.1, 2.3, 2.4, 2.9, 5.2.2. Инструкции «О порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность», Арбитражный суд удовлетворил исковые требования страхователя – взыскал с ЛПУ не принятую у страхователя сумму расходов, произведенных по неправильно оформленным листкам нетрудоспособности, и госпошлину в сумме 3905 руб.

В связи с вступлением в действие Федерального закона от 24.07.1998 г. № 125 «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний», объем работы у врачей-специалистов значительно увеличился. В штатном расписании регионального отделения с 2001 года были уже выделены 21 единица специалистов-врачей.

Если в 2000 году специалисты-врачи участвовали, в основном, только при приеме личных (учетных) дел пострадавших на производстве (т.е.б проверяли правильность оформления выписок из протоколов ВТЭК и бюро МСЭ, справок ЛПУ на санаторно-курортное лечение), у небольшого числа пострадавших рассматривали вопросы оплаты ле-

карственных средств и дополнительной медицинской помощи, то с 2001 года начали вплотную заниматься вопросами медицинской, социальной и профессиональной реабилитации пострадавших на производстве.

В 2001 году региональным отделением, совместно со специалистами-врачами филиалов, были проанализированы медицинские документы, имеющиеся в личных (учетных) делах пострадавших на производстве.

Результаты оказались неутешительным – около 10 % лиц, которым учреждения МСЭ рекомендовали реабилитационные мероприятия, выполняли их. Даже такие самые распространенные этапы медицинской реабилитации, как санаторно-курортный и лекарственное обеспечение. Из 7338 пострадавших на производстве, кому было рекомендовано санаторно-курортное лечение, в 2000 году обратились за ним только 1681 человек. Из 4060 человек, нуждающихся в лекарственном обеспечении, обратились за их оплатой только 458 чел.

В течение 2001-2003 годов работа врачами была проведена большая и результаты ее положительные.

В 2003 г. по всем статьям оплаты дополнительных расходов на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию произведено 78863 выплаты, сумма средств, направленных на эти цели, составила 462,5 млн. руб. Для сравнения, в 2000 году на эти цели было направлено 49,1 млн. руб.

В каждом случае решения вопросов компенсации пострадавшим на производстве расходов на медицинскую реабилитацию, специалисты-врачи проводят экспертизу медицинских документов – заключений КЭК и учреждений медико-социальной экспертизы (МСЭ), преysкурантов стоимости услуг и сумм в выставленных счетах.

Для этой цели специалисты-врачи проверяют правильность оформления заключений клинико-экспертных комиссий ЛПУ, справок формы № 070/у, выписок из актов освидетельствования в учреждениях МСЭ, участвуют в формировании и коррекции Программы реабилитации пострадавшего (ПРП), взаимодействуют с клинико-экспертными комиссиями ЛПУ, медико-техническими комиссиями протезно-ортопедических предприятий, в случаях сложного и атипичного протезирования. Региональным отделением заключены договоры на обеспечение протезно-ортопедическими изделиями пострадавших с 4 протезно-ортопедическими предприятиями области. Осуществляют проверку правильности оформления медицинских документов при рассмотрении вопросов компенсации затрат пострадавшим за приобретенные лекарственные средства при амбулаторном лечении.

Проводится работа с КЭК ЛПУ и по вопросам рекомендаций, выдаваемых для бюро МСЭ.

В случаях необходимости дооформления документов в ЛПУ или учреждении МСЭ, специалисты-врачи, как правило, стараются сделать это сами, чтобы не «гонять» пострадавших по инстанциям, и



таким образом ускоряют процесс оформления документов, сохраняя при этом и свое время, и время специалистов ЛПУ и МСЭ.

Особое внимание сегодня специалисты-врачи уделяют вопросам своевременности и правильности оформления Программ реабилитации пострадавших (ПРП).

Зачастую учреждения МСЭ неправильно заполняют ПРП. Не расписывают лекарственные средства, не указывают кратность и частоту курсов их приема, санаторный этап реабилитации назначается по шаблону. Если назначаются лекарственные средства, то, как правило, и санаторно-курортное лечение назначается без учета индивидуальных особенностей пострадавшего (возраст 70-80 лет, наличие противопоказаний и т.д.).

Иногда реабилитационные мероприятия назначаются не в полном объеме. Например, при ампутации нижних конечностей рекомендуется автомобиль, но не рекомендуются коляски, ни прогулочная, ни комнатная. Часто врачи ЛПУ и МСЭ не используют в реабилитации пострадавших от травм

ортезы (бандажи, корсеты, реклинаторы, шины и т.д.).

Как видно из приведенных примеров, региональное отделение и филиалы заинтересованы не в снижении расходов на реабилитационные мероприятия, а в их рациональном и целевом использовании, и с целью наиболее полной реабилитации пострадавших на производстве.

Врачи регионального отделения и филиалов участвуют в работе медицинских советов управлений здравоохранения, как территорий, так и на областном уровне, по итогам работы за год. Имеют возможность высказать свои предложения, замечания и пожелания на медсовете.

Специалисты-врачи регионального отделения взаимодействуют с профцентрами, участвуют в работе комиссий по расследованию выявленных у застрахованных случаев профессиональных заболеваний и в работе комиссий по экспертизе страховых случаев филиалов и регионального отделения.

Участие специалистов-врачей в расследовании профзаболеваний по годам видно из таблицы 2.

Таблица 2

	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.
Всего извещений	4666	1280	1984	1378
Расследовано случаев	54	412	1348	833
%	11,6	32,6	67,9	60,4

Сегодня, по отношению к вновь выявленным профессиональным заболеваниям, мы можем говорить о невозможности выполнения региональным отделением-страховщиком в полном объеме своей обязанности, установленной пунктом 2 статьи 18 Закона № 125-ФЗ.

Низкие показатели участия специалистов-врачей в расследовании случаев профессиональных заболеваний обусловлены не соответствием пункта 19 "Положения о расследовании и учете профессиональных заболеваний", утвержденного постановлением Правительства РФ от 15.12.2000 г. № 967, указанной выше норме Закона № 125-ФЗ (п. 2 ст. 18). В

Положении представитель Страховщика (исполнительного органа Фонда социального страхования РФ) не указан как обязательный участник расследования профессионального заболевания, территориальные органы Госсанэпиднадзора требуют от страхователя (работодателя) не включать его в состав комиссии. Приведенные в таблице показатели расследования профессиональных заболеваний свидетельствуют о развитии такой практики.

Экспертиза страховых случаев по материалам расследования профессиональных заболеваний, поступивших в филиалы регионального отделения, показана в таблице 3.

Таблица 3

	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.
Всего материалов расследования	475	1116	1577	962
Проведена экспертиза	121	433	961	931
%	25,5	38,8	60,9	96,8
Не страховые	-	1	6	1

Как видим из таблицы, участие специалистов филиалов в расследовании случаев профзаболеваний уменьшилось, но процент материалов, подвергнутых экспертизе, увеличился.

Однако, гарантировать качество проведенной экспертизы мы не можем, т.к. из 25 специалистов-

врачей только один имеет специальность врач-профпатолог.

При проведении анализа работы специалистов филиалов в расследовании профессиональных заболеваний и экспертизы страховых случаев по материалам расследования, мы пришли к выводу, что:



- в п. 19 “Положения о расследовании и учете профессиональных заболеваний” необходимо внести изменение, включив в состав комиссий специалистов исполнительных органов Фонда;
- необходимо обучение специалистов-врачей исполнительных органов Фонда вопросам профпатологии, т.к. участвовать в расследовании профессиональных заболеваний и, тем более, проводить экспертизу страховых случаев (профзаболеваний) без специальных знаний сложно.

Наиболее серьезно проблема участия в расследовании профзаболеваний и экспертизы таких случаев стоит в г. Прокопьевске и г. Анжеро-Судженске, в которых органы санэпиднадзора и страхователи игнорируют филиалы, проводят расследование случаев профзаболеваний без приглашения даже к участию специалистов филиалов.

Тем не менее, из сложившейся практики можно привести и положительные примеры, когда специалисты-врачи нашли взаимопонимание и со страхователями, и с органами санэпиднадзора в территориях области.

Так, например, филиал № 10 работает в тесном контакте с Центром санэпиднадзора Центрального района г. Новокузнецка. Врач филиала обязательно включается в комиссию по расследованию вновь выявленных случаев профессиональных заболеваний. Несколько другое отношение к этому вопросу у Центра санэпиднадзора Куйбышевского района того же города. Врачу приходится проявлять настойчивость и доказывать необходимость своего участия в работе комиссии.

Врачи-специалисты филиала № 6 (г. Ленинск-Кузнецкий) обязательно включаются в состав комиссии по расследованию случаев профессиональных заболеваний работников ликвидируемых предприятий филиала. В других случаях врачи присутствуют на расследовании и, при составлении Акта расследования профессионального заболевания, обязательно указывается, что в расследовании принимал участие представитель филиала специалист-врач, но без включения в комиссию.

Специалисты-врачи иногда принимают участие в расследовании тяжелых несчастных случаев на производстве. Особенно актуально это стало в связи с внесением изменений в закон № 125-ФЗ в части лечения застрахованных непосредственно после тяжелых несчастных случаев на производстве. При расследовании несчастного случая, сразу же делается вывод – страховой или не страховой случай, его тяжесть и в какое лечебно-профилактическое учреждение направить на лечение пострадавшего.

Кроме этого, специалисты-врачи участвуют в освидетельствовании (переосвидетельствовании) застрахованных в учреждениях МСЭ с целью определения степени утраты профессиональной трудоспособности, нуждаемости пострадавших в дополнительных видах помощи, в соответствии с законодательством об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

Так, только за 2003 год, специалисты-врачи приняли участие в 56 заседаниях бюро МСЭ, на которых рассматривались от 3-х до 10 экспертных дел пострадавших на производстве от несчастных случаев и профессиональных заболеваний.

Пример из практики работы филиала № 6. Филиал обслуживает около 3-х тысяч пострадавших шахтерского города Ленинска-Кузнецкого и района. В штате филиала два специалиста-врача. Филиалом наработана практика совместной работы с бюро МСЭ общего профиля. По просьбе филиала, бюро МСЭ г. Ленинска-Кузнецкого назначает освидетельствование пострадавших на производстве на какой-то один день (обычно по 2-3 человека на заседание), и обязательно приглашает на это заседание врача филиала. Или, наоборот, при обжаловании решений бюро МСЭ филиалом, пострадавшие приглашаются на переосвидетельствование на определенный день, врачи обязательно присутствуют на заседании.

Кроме того, 1 раз в месяц планируется встреча, в учреждении МСЭ или в филиале, по вопросам заполнения ПРП. Все ПРП, которые, по мнению врачей филиала, недостаточно качественно оформлены, рассматриваются и, при необходимости, дооформляются.

Анализируют личные (учетные) дела пострадавших. Готовят предложения по заполнению ПРП и проведению реабилитационных мероприятий.

При несоответствии указанных в заключении МСЭ последствий полученной травмы или профзаболевания установленному проценту утраты профессиональной трудоспособности, а также рекомендаций по реабилитации, в установленном порядке готовят материалы для обжалования таких заключений.

Так, при обжаловании в 2002 году 198 решений первичных бюро МСЭ по определению степени утраты профессиональной трудоспособности, в 40 % случаев Главным бюро МСЭ Департамента социальной защиты населения Кемеровской области решения первичных бюро МСЭ отменены, в 16 % случаев – уменьшены и в 3,3 % случаев Главным бюро МСЭ степень утраты профессиональной трудоспособности пострадавших увеличена.

В 2003 году, из 2576 обжалованных решений первичных БМСЭ, в 2,8 % случаев Главное бюро МСЭ решения первичных отменили, в 1,5 % – уменьшили и в 15,7 % – увеличили проценты утраты профессиональной трудоспособности.

Здесь необходимо обратить внимание на ответственность, которая ложится на учреждения МСЭ. Легче “дать” проценты утраты профессиональной трудоспособности, чем потом их снять, если обнаруживается ошибка или, хуже того, недобросовестность кого-то из специалистов учреждения МСЭ.

Проводимая в этом направлении совместная работа с лечебно-профилактическими учреждениями, учреждениями медико-социальной экспертизы, вызвала резкое неприятие со стороны пострадавших на производстве. Как из рога изобилия, по-



сыпались жалобы во все инстанции, как на Главное бюро МСЭ, так и на региональное отделение. Как показала практика в нашей области, необходима серьезная разъяснительная работа среди пострадавших. Необходимо довести до них задачи страховщика – не только обеспечение ежемесячными страховыми выплатами, но проведение реабилитационных мероприятий с целью восстановления трудоспособности застрахованных или возможно более полной компенсации ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья вследствие несчастного случая на производстве или профессионального заболевания.

Здесь же уместно сказать и о проблеме, возникшей с застрахованными лицами, которым усилиями лечебно-профилактических учреждений, учреждений медико-социальной экспертизы и регионального отделения удалось вернуть утраченную вследствие травмы или профзаболевания профессиональную трудоспособность. Это – проблема трудоустройства лиц, которых бюро МСЭ по истечении нескольких лет, при очередном переосвидетельствовании, признала трудоспособными. Эти лица сегодня не могут трудоустроиться, т.к. на прежнем предприятии для них нет свободного рабочего места, а на других, узнав, что они были инвалидами или имели процент утраты трудоспособности, в приеме на работу отказывают. Естественно, у лиц, которые направлены на переосвидетельствование, возникает страх перед будущим: как жить дальше, если учреждение МСЭ при переосвидетельствовании придет к заключению, что трудоспособность в результате проводимых реабилитационных мероприятий у них восстановилась.

Как нам кажется, это проблема не только Кемеровской области, но и России в целом. Поэтому, по нашему мнению, этот вопрос необходимо решать на законодательном уровне, как федеральном, так и региональном, возможно, путем квотирования рабочих мест на предприятиях, на которых застрахованные получили травму или профзаболевания, добиваться от работодателей, через коллективные договоры, обязательств в трудоустройстве пострадавших на производстве.

Кроме того, у некоторых пострадавших на производстве за несколько лет, которые они не работали, но безбедно жили на государственные средства, развился дух иждивенчества. По их мнению, восстановить трудоспособность не могут никакие реабилитационные мероприятия и государство должно платить пострадавшим на производстве пожизненно.

Размер материальных компенсаций на сегодняшний день для отдельной категории пострадавших достаточно высокий по меркам нашей области – 15-30 тыс. руб. Обеспечивая психологическое благополучие этой категории пострадавших, он не только не требует реализации их социальных возможностей, но и не стимулирует проведение реабилитационных мероприятий. Это видно из приведенной в настоящем материале таблицы 1 (колонка 5). По

нашему мнению, закон № 125-ФЗ в настоящее время в полную силу работает только в одном направлении – в обеспечении материального благополучия пострадавших.

К сожалению, сам Федеральный Закон от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ не дает четкого определения, что такое реабилитация пострадавших и с какой целью она проводится. Тем не менее, региональным отделением работа в этом направлении проводится, и все усилия специалистов-врачей сейчас сконцентрированы в этом направлении.

В соответствии с рекомендациями Фонда социального страхования РФ от 27.02.2002 года № 02-18/10-1368, региональным отделением в 2002 году осуществлялась работа по созданию условий для ранней медицинской реабилитации пострадавших на производстве. Такой вид реабилитации в 2002 году получили 39 пострадавших на производстве.

При решении вопроса ранней реабилитации, специалисты-врачи оценивали технические возможности и кадровый потенциал лечебно-профилактического учреждения, в которое поступал пострадавший, при необходимости совместно с заведующим отделением и главным врачом ЛПУ решали вопрос о переводе пострадавшего в другое медицинское учреждение, в котором возможна специализированная высокотехнологичная и высококвалифицированная медицинская помощь.

Результат работы по реабилитации в ранние сроки после произошедшего несчастного случая на производстве в последующем (в начале 2003 г.) послужил поводом для проведения на территории Кемеровской области эксперимента по отработке “пилотного проекта” по оказанию высококвалифицированной медицинской помощи пострадавшим от несчастных случаев на производстве.

В связи с принятием Федерального закона от 07.07.2003 г. № 118-ФЗ “О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон “Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний”, наше региональное отделение, приказом Фонда, включено в перечень региональных отделений по отработке механизмов взаимодействия со страхователями, медицинскими и иными организациями при осуществлении лечения застрахованных непосредственно после тяжелых несчастных случаев на производстве до выздоровления или установления стойкой утраты профессиональной трудоспособности.

Региональным отделением, совместно с Департаментом охраны здоровья населения и Департаментом труда Кемеровской области, разработан механизм взаимодействия исполнительных органов Фонда, учреждений здравоохранения и страхователей при наступлении тяжелого несчастного случая на производстве.

Указанный механизм взаимодействия утвержден совместным приказом регионального отделения Фонда и Департамента охраны здоровья населения Кемеровской области и направлен в адрес руково-



дителей органов управления здравоохранением, директоров филиалов регионального отделения, руководителей организаций-страхователей и руководителей местного самоуправления территорий.

Этим же приказом утвержден и доведен до сведения вышеуказанных субъектов “Временный перечень лечебно-профилактических учреждений, с которыми региональное отделение Фонда может заключить договоры на лечение застрахованных лиц непосредственно после тяжелого несчастного случая на производстве”.

Региональным отделением разработаны и заключены договоры с лечебно-профилактическими учреждениями, включенными во Временный перечень. Временный перечень включает в себя 4 профильных АПУ. При решении вопроса, какие лечебно-профилактические учреждения включить во Временный перечень, исходили из того, что лечение пострадавших от несчастных случаев на производстве должно осуществляться только в лечебно-профилактических учреждениях, имеющих новейшее высокотехнологичное оборудование и высококвалифицированные кадры, в которых каждому пострадавшему может быть организовано оптимальное медицинское обеспечение, с первого дня его лечения.

Реабилитационное лечение после стационара в нашей области осуществляется в условиях Федерального государственного учреждения Центра реабилитации Фонда социального страхования Российской Федерации “Топаз”, работающего на территории Кемеровской области (далее – Центр реабилитации “Топаз”).

Реабилитация пострадавшего в условиях Центра реабилитации “Топаз” осуществляется на основании “направления” филиала регионального отделения, которое выдается пострадавшему (его законному представителю) филиалом после получения из лечебно-профилактического учреждения, в котором пострадавший получал лечение после тяжелого несчастного случая, “уведомления об эвакуации” пострадавшего из АПУ в Центр реабилитации “Топаз”. Бланки “направления” и “уведомления об эвакуации” разработаны региональным отделением и являются приложениями, соответственно, к договору между региональным отделением и Центром реабилитации “Топаз” и к договору между региональным отделением и АПУ.

Согласно условиям договора, лечебно-профилактическое учреждение должно уведомить об эвакуации пострадавшего соответствующий филиал регионального отделения Фонда не позднее, чем за 7 дней до предполагаемой даты эвакуации. Это условие должно обязательно соблюдаться, т.к. мы на практике столкнулись с тем, что пострадавшего привозили в Центр реабилитации “Топаз” без направления от филиала. Перед Центром реабилитации “Топаз” стояла проблема принимать больного и лечить его или отправлять назад.

Оплата расходов на дальнейшую его медицинскую реабилитацию (в случае необходимости) в

условиях Центра реабилитации “Топаз” производится также на основании договора, заключаемого между региональным отделением Фонда и Центром реабилитации “Топаз” на реабилитационное лечение застрахованного лица непосредственно после тяжелого несчастного случая на производстве.

Виды, объемы и сроки реабилитационного лечения застрахованных лиц устанавливаются клинико-экспертной комиссией Центра реабилитации “Топаз” индивидуально в каждом конкретном случае, с учетом рекомендаций КЭК лечебно-профилактических учреждений. Здесь следует обратить внимание на качество выдаваемых рекомендаций, т.к. от них зависит объем и виды реабилитационных услуг. Особенно это важно в случаях, когда после реабилитационного периода потребуется протезирование пострадавшего.

По договорам, заключенным региональным отделением Фонда с лечебно-профилактическими учреждениями, в 2003 году и в 1-м полугодии 2004 года получили и получают лечение непосредственно после тяжелых несчастных случаев на производстве 174 застрахованных лица. Из них, выздоровление наступило у 8 человек, находятся на стационарном лечении 40 чел., проходят реабилитацию 4 чел., продолжают амбулаторное лечение по месту жительства 99 чел., умерли 7 чел., направленные на МСЭ 22 чел.

Прошли освидетельствование в учреждениях МСЭ 22 человека, из них, степень утраты профессиональной трудоспособности установлена: у одного чел. – 10 %, у 2-х чел. – 20 %, у 5 чел. – 30 %, у 3-х чел. – 40 %, у 2-х чел. – 50 %, у 4-х чел. – 60 %, у 2-х чел. – 70 %, у 2-х чел. – 80 %, у одного – 100 %.

Реабилитационное лечение в Центре реабилитации “Топаз”, по направлению филиалов регионального отделения Фонда после лечения в лечебно-профилактических учреждениях, получили 64 застрахованных лица и еще четверо проходят курс реабилитационного лечения.

Сегодня говорить о каких-либо конечных результатах еще рано, т.к. для этого необходимо провести отдельных анализ по всем 174 законченным страховым случаям.

Но можно с уверенностью сказать, что перед пострадавшими на производстве и страхователями в 174 случаях не стояла проблема, где найти средства для оказания пострадавшему высококвалифицированной медицинской помощи. При этом страхователи знали, на какие конкретно цели направляются страховые взносы, уплачиваемые ими.

Во всех этих случаях специалисты-врачи филиалов и специалист регионального отделения отслеживают каждого пострадавшего с тяжелыми травмами, от первого дня нетрудоспособности до ее восстановления или установления стойкой утраты трудоспособности. В региональном отделении контроль за ходом лечения и реабилитации пострадавшего вследствие тяжелого несчастного случая возложен на отдел организации реабилитации застрахованных и анализа экспертизы нетрудоспособно-



сти. Объем работы специалистов-врачей в связи с этим увеличивается.

Специалистами-врачами регионального отделения осуществляются проверки качества медицинского отбора на реабилитационное лечение в учреждения, оказывающие санаторно-курортные услуги, и на долечивание в специализированные отделения санаториев больных:

- перенесших острый инфаркт миокарда, после аортокоронарного шунтирования, резекций аневризмы сердца и баллонной ангиопластики коронарных сосудов – 3 санатория, расположенные в области (“Меркурий”, “Солнечный”, “Прокопьевский”);

- перенесших острое нарушение мозгового кровообращения – 2 санатория (“Меркурий”, “Прокопьевский”).

Практика решения вопроса медицинского отбора на реабилитационное лечение в Центр реабилитации “Топаз” складывалась также очень не просто. Скажу только, что вопрос этот стоял очень остро, до 10 % пострадавших были направлены в Центр реабилитации “Топаз” с прямыми противопоказаниями. Сегодня ситуация значительно улучшилась, но случаи направления больных с противопоказаниями все еще имеют место. Иногда Центр реабилитации “Топаз” не только не может принять пострадавшего, но вынужден на собственном транспорте производить эвакуацию по месту жительства или в стационары.

Но сейчас уже возмещение расходов, понесенных на приобретение путевок, региональное отделение планирует взыскивать с лечебно-профилактических учреждений, а не учреждений, предоставляющих санаторно-курортные услуги, т.к. последние, по косвенной “вине” регионального отделения, выдавшего путевку больному с противопоказаниями, несут убытки. И не всегда филиал регионального отделения после сообщения учреждения, предоставляющего санаторно-курортные услуги о том, что пострадавший эвакуирован по причине противопоказаний к лечению, может направить на лечение другое лицо, т.к. необходимо время для заполнения санаторно-курортной карты, а срок путевки уже истек.

Специалисты-врачи регионального отделения оказывают практическую и консультативную помощь Центру реабилитации “Топаз”, на базе которого ежегодно получают реабилитационное лечение более 3500 пострадавших на производстве, кроме того, проводится эксперимент по раннему реабилитационному лечению пострадавших непосредственно после тяжелых несчастных случаев.

Специалисты-врачи помогают юрисконсультам грамотно оформлять искивые заявления к страхователям, и сами участвуют в рассмотрении исковых заявлений страхователей и застрахованных в судах.

В 2003 году, с участием специалистов-врачей, в судах рассмотрено 8 исковых заявлений о взыскании материального ущерба, понесенного Фондом социального страхования РФ на выплату пособий

работникам и приобретение путевок для пострадавших на производстве по их заявлениям, вследствие не должного оформления листков нетрудоспособности и не использования путевок по неуважительным причинам или досрочной их выдачи из учреждений, предоставляющих санаторно-курортные услуги.

Как показал последующий период, эффект от таких решений оказался более действенным, чем все беседы с получателями страхового обеспечения, сообщения в лечебно-профилактические учреждения и беседы врачей с пострадавшими.

Из года в год растет число получателей страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев и профессиональных заболеваний (на 01.01.2001 г. их было 20622 чел., на 01.01.2004 г. – 35314 чел.), растет число застрахованных лиц, имеющих право на выплату пособий по листкам нетрудоспособности, растет и нагрузка на специалистов-врачей (2000 г. – 1077380 чел., 2003 г. – 1169256 чел.). Поэтому на 2004 год в штатное расписание введено уже 25 специалистов-врачей, т.е. увеличение на 4 единицы, по сравнению с 2003 г.

Тем не менее, анализ работы врачей регионального отделения показал, что, если работа по организации контроля за экспертизой временной нетрудоспособности проводится планомерно, то работа по организации реабилитации застрахованных лиц только еще на стадии становления.

Региональным отделением не решен вопрос повышения квалификации специалистов-врачей, работающих в его штате. Сегодня из 25 врачей только 11 человек прошли курсы повышения квалификации по теме “Методические основы медико-социальной экспертизы и реабилитации”, 9 чел. – по теме “Организация контроля за состоянием экспертизы временной нетрудоспособности”. Шесть врачей вообще на курсах повышения квалификации не были. Только два врача, оба из аппарата регионального отделения, прошли обучение на том и другом сертификационных циклах обучения, проводимых Фондом. Планом повышения квалификации на 2004 год, утвержденным приказом Фонда, предусматривается повышение квалификации 60 специалистов-врачей региональных отделений по циклу “Организация экспертизы временной нетрудоспособности”. Этого явно не достаточно, т.к. только из нашего регионального отделения необходимо направить на курсы, как минимум, 16 человек.

Выводы:

1. Специалисты-врачи в штате регионального отделения необходимы, и количество их явно недостаточно, чтобы качественно проводить ту работу, которая возложена на исполнительные органы Фонда Федеральным законом № 125-ФЗ.

2. В Федеральный закон от 24.07.1998 г. № 125 необходимо как можно быстрее ввести понятие, что такое “реабилитация лиц, пострадавших на производстве от несчастных случаев и профессиональ-



ных заболеваний” и в п. 19 “Положения о расследовании и учете профессиональных заболеваний”, включив в состав комиссий представителей исполнительных органов Фонда.

3. Исполнительным органам Фонда социального страхования Российской Федерации необходимо проводить совместную плановую работу с лечебно-профилактическими учреждениями, бюро медико-социальной экспертизы по реабилитации пострадавших, необходимо добиться преемственности в работе ЛПУ – БМСЭ – Фонд – ЛПУ.

4. Необходимо на законодательном уровне решить вопрос трудоустройства (причем, рационального) лиц, которые в результате проведенных реабилитационных мероприятий за счет средств обя-

зательного социального страхования возвращены к труду, а также лиц, у которых в результате проводимых периодических медицинских осмотров выявлена патология, связанная с работой во вредных условиях труда.

5. Провести сертификационные курсы по экспертизе временной нетрудоспособности, медико-социальной экспертизе и профпатологии для всех специалистов-врачей исполнительных органов Фонда. Для этой цели такие курсы считаем возможным провести по федеральным округам, а не только в г. Москве.

6. Должность специалиста-врача необходимо переименовать в должность врача-эксперта с соответствующими полномочиями.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев и профессиональных заболеваний. – Федеральный закон от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ.
2. Об утверждении временных критериев степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания. – Постановление МТ и социального развития от 18 июля 2001 г. № 56.
3. Об утверждении Положения о расследовании и учете профессиональных заболеваний. – Постановление Правительства от 15.12.2000 г. № 967.
4. Об утверждении Порядка оплаты дополнительных расходов на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию лиц, пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний. – Постановление Правительства РФ от 28.04.2001 г. № 332.
5. Организация санаторного лечения лиц, пострадавших вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний: Методические указания № 2001/140. – Утверждены МЗ РФ от 02.10.2000 г.
6. О долечивании больных в условиях санатория. – Письмо МЗ РФ и Фонда социального страхования РФ от 13.05.2002 г. № 2510/4722-02-32, 02-08/10-1142П.
7. Об организации лицензирования медицинской деятельности. – Приказ МЗ РФ от 26.07.2002 г. № 238.
8. Об утверждении Инструкции о порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан. – Приказ Миндравмедпрома от 19.10.1994 г. № 204 и Постановление Фонда социального страхования РФ от 19.10.1994 г. № 21.
9. Об утверждении Инструкции о порядке осуществления контроля за организацией экспертизы временной нетрудоспособности. – Приказ МЗ РФ и Фонда социального страхования РФ от 06.10.1998 г. № 291/167.
10. О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению Российской Федерации. – Приказ МЗ РФ и Фонда социального страхования РФ от 24.10.1996 г. № 363/77.
11. Ханченков, Н.С. Проблемы медицинской, социальной и профессиональной реабилитации пострадавших на производстве /Ханченков Н.С. //Вест. госуд. соц. страх. – 2003. – № 8.
12. Ханченков, Н.С. Лечение и реабилитация травмированных на производстве в ранние сроки после полученной на производстве тяжелой травмы /Н.С. Ханченков, Т.В. Кузнецова, Н.В. Иванов. //Медицина в Кузбассе: Спецвыпуск. – 2004. – № 2. – С.41-46.





ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ – ДОКУМЕНТ, ДАЮЩИЙ ПРАВО НА ВЫДАЧУ ПОСОБИЯ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Представленные материалы посвящены проблеме экспертизы временной нетрудоспособности в части выдачи, продления и оформления документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан.

Ключевые слова: *застрахованный гражданин, временная нетрудоспособность, отпуск по беременности и родам, листок нетрудоспособности, средства социального страхования.*

Каждый работник, т.е. застрахованный государством гражданин, в случае болезни, отпуска по беременности и родам освобождается от работы на основании листка нетрудоспособности или, как чаще говорят, “больничного листка”.

Правом на выдачу листков нетрудоспособности обладают лечащие врачи государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения на основании лицензии на проведение экспертизы временной нетрудоспособности и, в случае нарушения порядка выдачи и оформления листков нетрудоспособности, они несут дисциплинарную и уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Листок нетрудоспособности, выданный лечебно-профилактическим учреждением, не только освобождает от работы, но и дает право работнику на выплату пособия за счет средств социального страхования. Таким образом, листок нетрудоспособности выполняет функции юридического и финансового документа. Кроме того, листок нетрудоспособности является документом строгой отчетности.

В соответствии с Федеральным законом от 16.07.1999 г. № 165-ФЗ “Об обязательном социальном страховании”, страховщики, в данном случае исполнительные органы Фонда социального страхования Российской Федерации, вправе, при необходимости, проводить экспертизу страхового случая (случаи временной нетрудоспособности или отпуска по беременности и родам, в соответствии с тем же законом, являются страховыми), и не принимать к зачету расходы, произведенные с нарушением законодательства.

Положением о Фонде социального страхования Российской Федерации, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации в редакции от 19.07.2002 г., это право более конкретизировано – исполнительными органами Фонда “расходы по государственному социальному страхованию, произведенные с нарушением установленных правил или не подтвержденные документами (а также суммы пособий по временной нетрудоспособности, по беременности и родам, выплаченные на основании неправильно оформленных или выданных с нарушением установленного порядка листков

нетрудоспособности), к зачету не принимаются и подлежат возмещению в установленном порядке”.

Выплата пособий по социальному страхованию на основании листков нетрудоспособности производится через бухгалтерию по месту основной (где хранится трудовая книжка) работы работников за счет средств, отчисляемых работодателями в Фонд социального страхования Российской Федерации (единый социальный налог, налог на вмененный доход и т.д.).

В 2003 году на выплату пособий по временной нетрудоспособности, беременности и родам в нашей области направлено 1739,8 млн. руб., что составило 80,2 % от поступивших в Фонд средств на обеспечение по социальному страхованию.

Как видно из приведенных цифр, расходы на оплату листков нетрудоспособности не малые. Встает вопрос: всегда ли они оправданы?

Поэтому, пользуясь своими правами, исполнительные органы Фонда социального страхования Российской Федерации (по Кемеровской области это Государственное учреждение – Кузбасское региональное отделение Фонда и его филиалы, расположенные во всех городах и районах области) проверяют как обоснованность выдачи листков нетрудоспособности, правильность их оформления лечебно-профилактическими учреждениями, так и обоснованность расходования средств социального страхования организациями-страхователями на выплату пособий по выданным листкам нетрудоспособности.

В штате регионального отделения и филиалов имеются 25 специалистов-врачей, большинство из них имеют сертификаты по вопросам экспертизы временной нетрудоспособности.

Проверки организации экспертизы временной нетрудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях проводятся названными выше специалистами совместно с представителями органов здравоохранения и лечебно-профилактических учреждений. Необходимо сказать, что региональное отделение находит полное взаимопонимание с Департаментом охраны здоровья населения области, с управлениями и отделами здравоохранения в городах и районах. Наша позиция по отношению



к вопросам обоснованности выдачи и правильности оформления листов нетрудоспособности ими поддерживается.

В области выдачи листов нетрудоспособности осуществляют 242 лечебно-профилактических учреждения, из них в 2001 году были проверены 83 учреждения, в 2002 году – 88. В 2003 году проверено 94 лечебно-профилактических учреждения, и в них 255072 листов нетрудоспособности.

Каковы результаты этих проверок? Выявлено, что 9355 листов нетрудоспособности выданы с нарушением установленного порядка выдачи и оформления. Из них, 21 случай без предъявления медицинской документации и без обоснования освобождения от работы записями в амбулаторных картах или историях болезни; 44 случая – необоснованное продление листов нетрудоспособности; 39 случаев – освобождение от работы поздним числом (т.е., за период, когда врач пациента не видел) без рассмотрения на клинико-экспертной комиссии и т.д. К сожалению, вынуждены констатировать, что при повторных проверках вскрываются те же факты, хоть и в меньшей мере.

Кроме того, специалисты-ревизоры филиалов регионального отделения, при проведении проверок организаций-страхователей, также обнаруживают листки нетрудоспособности, оформленные с нарушением установленного порядка, и суммы расходов по ним не принимаются к зачету в счет уплачиваемых этими страхователями взносов (налогов) на социальное страхование. Всего в 2003 году сумма пособий по временной нетрудоспособности, беременности и родам, выплаченная на основании выданных необоснованно, с нарушением установленного порядка или неправильно оформленных листов нетрудоспособности, составила более 4,5 млн. руб.

В настоящее время много нареканий идет в адрес регионального отделения и его филиалов о якобы неправильных их действиях. В основном, это претензии такого характера как, почему суммы средств не принимаются к зачету у организаций-страхователей, а не взыскиваются с лечебно-профилактических учреждений? Как аргумент, приводится незнание бухгалтерами страхователей правильности оформления листов нетрудоспособности – "... мы не врачи и вообще не медицинские работники!"

В какой-то мере можно согласиться с такой постановкой вопроса, но в то же время и возразить: расходы по неправильно оформленным или выданным с нарушением установленного порядка листкам нетрудоспособности производит работодатель-страхователь. Руководитель и главный бухгалтер страхователя, в соответствии с Положением о Фонде социального страхования Российской Федерации, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 12.02.1994 г. № 101, несут персональную ответственность за расходование средств социального страхования.

Как уже говорилось, листок нетрудоспособности является финансовым документом – документом на выдачу государственных средств. Ни один ува-

жающий себя бухгалтер не выдаст деньги из кассы по неправильно оформленному расходному ордеру или ведомости. Почему же можно выдавать государственные средства по неправильно оформленному листку нетрудоспособности? Об ответственности медицинских работников за правильность и обоснованность выдачи листов нетрудоспособности говорилось выше – вплоть до уголовной.

Что касается незнания правильности оформления листов нетрудоспособности бухгалтерами страхователей, то филиалы регионального отделения ежегодно проводят обучение бухгалтеров страхователей, но, к сожалению, многие из них эти курсы игнорируют. Кроме того, региональное отделение ежегодно выпускает Сборники нормативных документов по социальному страхованию и выдает их страхователям бесплатно. В настоящее время выпущено уже 9 таких сборников.

Последний сборник, выпущенный в 2004 году, был полностью посвящен оформлению и оплате больничных листов. При необходимости, во всех филиалах регионального отделения страхователи могут получить консультацию по любому вопросу социального страхования, в т.ч. по оформлению листов нетрудоспособности.

В этом вопросе могут быть полезны и проверки расходования средств социального страхования на выплату пособий комиссиями (уполномоченными) по социальному страхованию, которые избираются из членов трудового коллектива. В большинстве случаев эти комиссии возглавляют председатели профсоюзных комитетов, у профсоюзных комитетов большой опыт в вопросах назначения и выплаты пособий.

Те руководители и главные бухгалтеры страхователей, которые ответственно подходят к расходованию любых средств, в том числе средств социального страхования, в случаях сомнения в правильности оформления листов нетрудоспособности или обоснованности их выдачи обращаются в региональное отделение или филиалы для их проверки. И, как результат, листки нетрудоспособности или оформляются как положено, или предотвращаются незаконные выплаты государственных средств.

У других руководителей несколько иной подход к этому вопросу. Вместо того, чтобы принимать меры к главному бухгалтеру, допустившему оплату листов нетрудоспособности (подпись главного бухгалтера на листке нетрудоспособности обязательна), выданных с нарушением установленного порядка, пытаются обжаловать решения исполнительного органа Фонда в судебном порядке. К слову сказать, ни одно решение в пользу страхователя по данному вопросу не было вынесено. Но есть решения судов в пользу страхователей, которые обращают иск на лечебно-профилактические учреждения, допустившие нарушения.

Результаты проверок лечебно-профилактических учреждений обсуждаются на совместных совещаниях-семинарах руководителей и специалистов Департамента охраны здоровья населения области и



регионального отделения. В совещаниях участвуют заместители главных врачей по экспертизе временной нетрудоспособности, заведующие поликлиниками и их заместители, председатели клинико-экспертных комиссий лечебно-профилактических учреждений. Такие же совещания проводятся в территориях области, с участием специалистов-врачей филиалов.

В 2000 году более 30 лечебно-профилактических учреждений не имели лицензии на право проведения экспертизы временной нетрудоспособности, на момент сдачи статьи в набор таких лечебно-профилактических учреждений осталось 3. Несмотря на то, что эта цифра кажется незначительной, все-таки она не утешительна.

Неутешительна потому, что все суммы выплат по листкам нетрудоспособности, выданным лечебно-профилактическими учреждениями, не имеющими лицензии на проведение экспертизы временной нетрудоспособности, исполнительными органами Фонда социального страхования Российской Федерации не должны приниматься к зачету за счет средств, уплачиваемых в Фонд социального страхования Российской Федерации. Она говорит, например, о том, что любое ЛПУ, работающее без лицензии, выдает сегодня листки нетрудоспособности незаконно. Это значит, что филиалы регионального отделения, обслуживающие страхователей, в которых предъявлены выданные ЛПУ, не имеющими лицензии, больничные листки, в праве суммы выплаченных по таким документам пособий не принять к зачету. Филиал будет прав.

В свою очередь, страхователи обратят иск к лечебно-профилактическим учреждениям. Прецеденты уже имеются.

В заключение необходимо еще раз подчеркнуть, что медицинские работники должны в полной мере осознавать меру своей ответственности, и не допускать случаев необоснованной выдачи или прод-

ления листков нетрудоспособности, должны четко соблюдать Инструкцию о порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан. Бухгалтеры страхователей должны быть внимательны при приеме листков нетрудоспособности к оплате, рассматривать их как чеки на выдачу денег. Средства социального страхования, которых сегодня, в связи с сокращением отчислений в Фонд социального страхования, явно недостаточно для обеспечения по социальному страхованию застрахованных работников, особенно в нашей области, должны направляться по их целевому назначению – на социальную поддержку населения в предусмотренных законами случаях.

Выводы:

1. Медицинские ВУЗы недостаточно качественно готовят специалистов-врачей по вопросам выписки и оформления документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан. К практическим занятиям не привлекаются специалисты Фонда социального страхования РФ.

2. Органы местного самоуправления и здравоохранения не принимают должных мер:

- к руководителям лечебно-профилактических учреждений, допускающим выдачу необоснованно выданных и продленных, неправильно оформленных листков нетрудоспособности;
- к своевременному лицензированию медицинской деятельности лечебно-профилактических учреждений, в том числе по вопросу экспертизы временной нетрудоспособности.

3. Руководители лечебно-профилактических учреждений не в должной мере осуществляют контроль за правильностью выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан. Не всегда принимаются адекватные меры к медицинским работникам, допускающим нарушения при выдаче листков нетрудоспособности.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Об организации лицензирования медицинской деятельности. – Приказ Минздрава РФ от 26.07.2002 г. № 238.
2. Об утверждении Инструкции о порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан. – Приказ Миндравмедпрома от 19.10.1994 г. № 204 и Постановление Фонда социального страхования РФ от 19.10.1994 г. № 21.
3. Об утверждении Инструкции о порядке осуществления контроля за организацией экспертизы временной нетрудоспособности. – Приказ МЗ РФ и Фонда социального страхования РФ от 06.10.1998 г. № 291/167.
4. О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению Российской Федерации. Приказ МЗ РФ и Фонда социального страхования РФ от 24.10.1996 г. № 363/77.
5. Положение о Фонде социального страхования Российской Федерации, утвержденное постановлением Правительства Российской Федерации от 14.02.1994 г. № 101.

ОРГАНИЗАЦИЯ ВНЕВЕДОМСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ ЗА ОРГАНИЗАЦИЕЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ГОРОДА ПРОКОПЬЕВСКА И ПРОКОПЬЕВСКОГО РАЙОНА

Экспертизу временной нетрудоспособности проводят лечащие врачи лечебно-профилактических учреждений, при этом выплата пособий по временной нетрудоспособности, беременности и родам осуществляется за счет средств обязательного социального страхования. Поэтому основной вневедомственный контроль за организацией экспертизы временной нетрудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях, в пределах своей компетенции, осуществляют исполнительные органы Фонда социального страхования Российской Федерации.

Специалистами-врачами филиала № 12 Государственного учреждения – Кузбасского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации (далее – ГУ-КРОФСС РФ), совместно со специалистами Муниципального учреждения “Управление здравоохранения” администрации города Прокопьевска (далее – МУ УЗ), заместителями главных врачей лечебно-профилактических учреждений по клинико-экспертной работе, проводится плановый и внеплановый контроль за организацией экспертизы временной нетрудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях (далее – ЛПУ) города и района.

Плановые проверки состояния организации экспертизы временной нетрудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях проводятся в соответствии с ежегодно утверждаемым ГУ-КРОФСС

РФ, Департаментом охраны здоровья населения Кемеровской области (далее – ДООЗН КО) графиком совместных проверок. Внеплановые проверки проводятся по письменным обращениям страхователей, граждан, а также по результатам документальных выездных проверок страхователей по обязательному социальному страхованию.

На территории, обслуживаемой филиалом № 12 ГУ-КРОФСС РФ (город Прокопьевск и Прокопьевский район), находятся 17 ЛПУ, осуществляющих выдачу листов нетрудоспособности. Все они имеют лицензии “на работы и услуги по экспертизе временной нетрудоспособности”.

В 2003 году проверено 12 ЛПУ (71 % от их общего количества).

По результатам проверок составляются справки в трех экземплярах, которые предоставляются в МУ УЗ, ЛПУ, филиал № 12 ГУ-КРОФСС РФ.

Если учесть, что в 2003 году по филиалу № 12 ГУ-КРОФСС РФ расходы на оплату пособий по временной нетрудоспособности составили более 80 % от всех видов пособий по обязательному социальному страхованию, то эта работа приобретает особую значимость.

В 2003 году всего проверено 14952 листка нетрудоспособности (табл. 1). Из них, с нарушениями порядка выдачи и оформления листов нетрудоспособности выявлено 1637 листов (10,9 % от общего количества проверенных).

Таблица 1

**Количество выявленных листов нетрудоспособности,
выданных или оформленных с нарушением в 2003 г.**

Виды нарушений	Количество	
	абс.	%
С нарушением порядка оформления листка нетрудоспособности	1608	98,2
С нарушением порядка выдачи листов нетрудоспособности	29	1,8
Из них выданы:		
- единолично врачом более 30 дней	14	0,9
- за прошедшее время без решения клинико-экспертной комиссии ЛПУ	9	0,5
- единолично и одновременно врачом на срок более 10 календарных дней	1	0,06
- прочие нарушения	5	0,3

С участием в проверках специалистов-врачей филиала № 12, их качество из года в год повышается. Количество выявленных нарушений порядка выдачи и оформления листов нетрудоспособности за

период с 2001 года по 2003 год увеличилось с 0,3 % до 4,6 % (рис. 1).

Несмотря на то, что за период 2001-2003 гг. уровень временной нетрудоспособности по городу



Рис. 1

Динамика выявленных нарушений в листках нетрудоспособности в 2001-2003 гг.

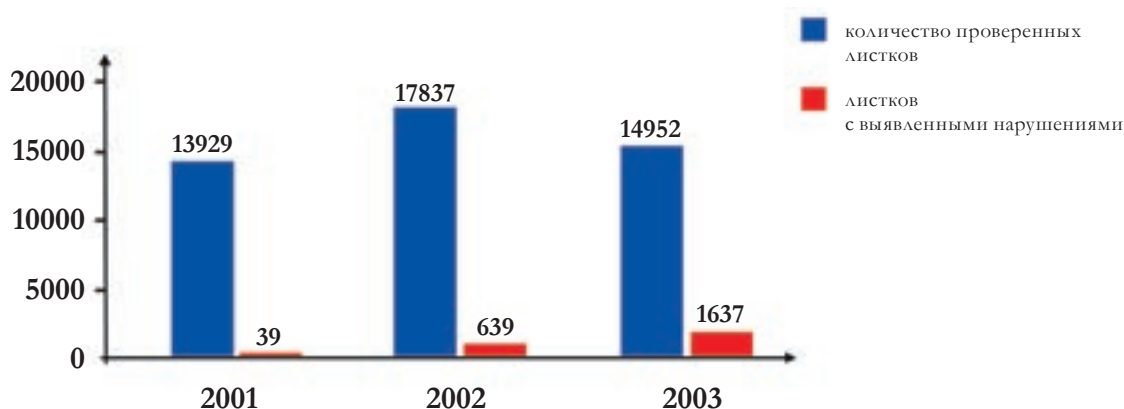
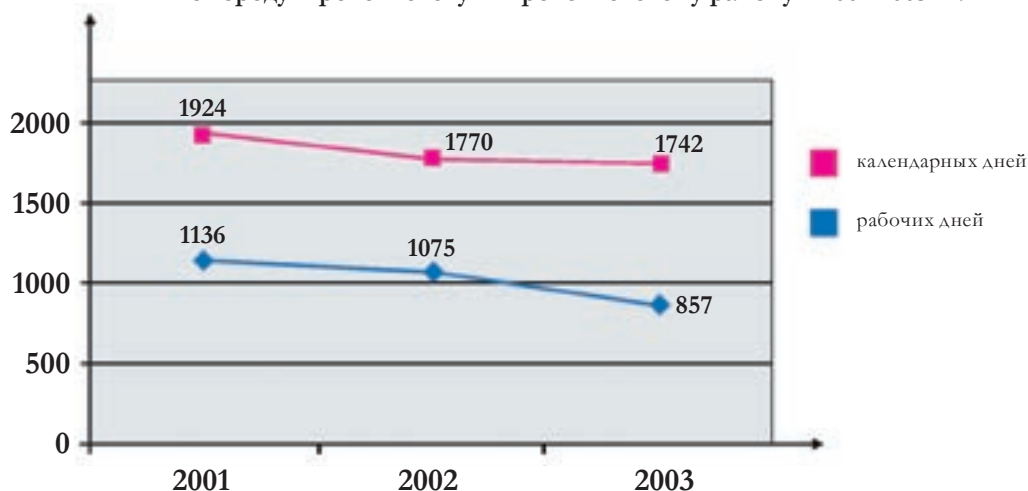


Рис. 2

Показатели дней временной нетрудоспособности по городу Прокопьевску и Прокопьевскому району в 2001-2003 гг.



Прокопьевску и Прокопьевскому району снизился, в сравнении с областным уровнем он продолжает оставаться высоким. В 2003 году по филиалу № 12 ГУ-КРОФСС РФ показатель рабочих дней временной нетрудоспособности на 100 работающих составил 852,8, что на 170,7 (16,7 %) ниже в сравнении с 2002 годом, но на 226,3 выше этого показателя по области. Показатель календарных дней на 100 работающих по г. Прокопьевску и Прокопьевскому району в 2003 году составил 1742, что на 28 дней (1,8 %) ниже в сравнении с 2002 годом, но на 918,3 (111,5 %) выше среднеобластного показателя.

Расходы на выплату пособий по временной нетрудоспособности по социальному страхованию имеют тенденцию к росту. В 2003 г., в сравнении с 2001 годом – на (+) 23 %, за счет повышения средней заработной платы застрахованных.

Расходы на обязательное социальное страхование, произведенные страхователями с нарушением законодательства Российской Федерации, к заче-

ту у страхователя (работодателя) не принимаются и подлежат возмещению в установленном порядке (п. 3 ст. 11 Федерального закона “Об основах обязательного социального страхования” от 16.07.1999 г. № 165-ФЗ).

В бюджет Фонда социального страхования Российской Федерации возмещены выплаченные страхователями по неправильно оформленным или выданным с нарушением установленного порядка листкам нетрудоспособности и не принятые к зачету филиалом № 12 ГУ-КРОФСС РФ суммы пособий по временной нетрудоспособности, в 2002 году – 205300 рублей, в 2003 году – 213100 рублей.

В соответствии с законодательством Российской Федерации, лечащий врач несет дисциплинарную или уголовную ответственность за порядок выдачи и оформления документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан. Так, в 2002 году администрацией ЛПУ г. Прокопьевска наложены дисциплинарные взыскания за наруше-



Таблица 2

**Показатели временной нетрудоспособности и расходов по социальному страхованию
на выплату пособий по временной нетрудоспособности**

Показатели		2001 г.	2002 г.	2003 г.	Динамика 2003 г. к 2001 г. (%)
Число случаев временной нетрудоспособности (абс.)		73068	66651	65849	- 9,9
Средний размер дневного пособия в рублях:					
- по области		127,4	163,4	188,64	+ 48
- по г. Прокопьевску и Прокопьевскому району		109,5	135,3	165,62	+ 51
Общее число оплаченных дней		942547	896859	802928	-14,8
Число календарных дней временной нетрудоспособности на 100 работающих		1924	1770	1742	- 9,5
Данные филиала № 12	Число рабочих дней временной нетрудоспособности на 100 работающих	1136	1075	891	- 21,6
	Расходы на пособия по временной нетрудоспособности (тыс. руб.)	103238,4	121333,2	127186	+ 23
	Средняя дневная заработная плата (руб., коп.)	108,2	148,3	183,35	+ 69

ния порядка выдачи листов нетрудоспособности на 6 врачей.

По результатам проверок специалисты-врачи филиала № 12 ГУ-КРОФСС РФ участвуют в проведении с МУ УЗ и учреждениями медико-социальной экспертизы г. Прокопьевска совместных совещаний по вопросам экспертизы нетрудоспособности и реабилитации застрахованных. Ежегодно разрабатываются мероприятия по улучшению этой работы.

Более эффективными оказываются совещания-семинары с врачами ЛПУ, проводимые непосредственно после проверки на примерах ошибок, допускаемых медицинскими работниками этих ЛПУ.

Территориальные органы управления здравоохранением, лечебно-профилактические учреждения в последнее время стали больше уделять внимания вопросам организации ведомственного контроля за экспертизой временной нетрудоспособности.

Совершенствуется работа клинико-экспертных комиссий, систематически проводится разбор экспертных ошибок, улучшается ведение документации.

Филиал № 12 ГУ-КРОФСС РФ проводит семинары-обучения с главными бухгалтерами, председателями комиссий и уполномоченными по социальному страхованию по вопросам порядка выдачи, оформления и оплаты листов нетрудоспособности.

Филиалом применяется практика проведения ревизий страхователей совместно специалистами-ревизорами и специалистами-врачами.

Возросла ответственность должностных лиц страхователей в вопросах оформления листов нетрудоспособности.

Активное сотрудничество специалистов-врачей филиала ГУ-КРОФСС РФ со страхователями с одной стороны, и специалистами территориальных органов управления здравоохранением, лечебно-профилактических учреждений с другой, взаимные консультации, семинары-совещания позволяют во многих случаях предотвратить необоснованные, а иногда и незаконные выплаты пособий по временной нетрудоспособности.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Инструкция о порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан. – Приказ Минмедпрома РФ от 19.10.1994 г. № 206 и Постановление Фонда социального страхования РФ от 19.10.1994 г. № 21, с изм. и доп. от 25.06.1996 г. № 267/66.

2. Об итогах работы органов и учреждений здравоохранения области за 2002 год и задачах по совершенствованию организации и повышению качества оказания медицинской помощи населению на 2003 год. – Матер. к засед. Мед. Совета Кемеровской области.



3. Положение о Фонде социального страхования Российской Федерации. – Постановление Правительства РФ от 12.02.1994 г. № 101.

4. Об утверждении Инструкции о порядке осуществления контроля за организацией экспертизы временной нетрудоспособности. – Приказ МЗ РФ и ФСС РФ от 06.10.98 г. № 291/167.

5. Об основах обязательного социального страхования. – Федеральный закон РФ от 16.07.1999 г. № 165-ФЗ.

6. Финансовые отчеты об исполнении бюджета Фонда социального страхования по филиалу № 12 за 2001 г., 2002 г., 2003 г.

7. Ханченков, Н.С. Оформление и оплата больничных листов: Справочник /Н.С. Ханченков, Т.В. Кузнецова, Г.А. Ворогушина. – Кемерово, 2004. – 184 с.



ПУТИ СТАНОВЛЕНИЯ И НОВЫЕ ЗАДАЧИ ФИЛИАЛА № 9

29 августа 2004 года филиалу № 9 Государственного учреждения – Кузбасского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации исполняется 10 лет.

12 февраля 1994 года Правительство РФ приняло постановление № 101, утвердившее Положение о Фонде социального страхования РФ, которым было закреплено, что Фонд социального страхования РФ управляет средствами государственного социального страхования Российской Федерации. Подтверждалось существование в субъектах Российской Федерации региональных отделений и центральных отраслевых отделений Фонда. С 1994 года Фонд социального страхования выступает уже в качестве государственной структуры. И в течение этого года создается система управления средствами социального страхования через региональные и отдельные центральные отраслевые отделения Фонда социального страхования. В том числе, на территории Кемеровской области было создано Кузбасское региональное отделение.

Для управления средствами социального страхования на территориях области были образованы 17 территориальных филиалов, одним из которых стал Междуреченский филиал (в настоящее время филиал № 9). Филиал обслуживает страхователей гг. Междуреченск и Мыски. На 01.01.1995 г. численность страхователей, принятых на учет в филиал, составляла 615, численность застрахованных работников – 19157 человек. Штат филиала состоял из 4-х человек.

В число страхователей входили организации почти всех отраслей промышленности, кроме угольной и предприятий железнодорожного транспорта.

С созданием Междуреченского филиала и переходом на территориальный принцип управления в нашей области, исполнительные органы Фонда оказались максимально приближены к страхователям.

Взносы всех предприятий собирались в одну копилку, а это, в первую очередь, привело к тому, что филиал имел возможность осуществлять безусловное финансирование расходов на выплату пособий. Даже в самых критических ситуациях не допускались случаи прекращения выплаты пособий, в то время как на шахтах г. Междуреченска имели место случаи издания приказов о прекращении выплаты пособий или введении ограничений. Происходило это в связи с тем, что при отраслевом управлении средствами социального страхования не действовал принцип солидарной ответственности.

Для разрешения этой, а также других проблем, возникающих в результате существования территориально-отраслевого принципа управления, с 1994 г. по 1999 г. постоянно велась работа со стра-

хователями, входящими в Центральные отраслевые отделения, об экономической целесообразности территориального принципа. В этом вопросе была поддержка со стороны администраций гг. Междуреченска и Мыски.

В 1999 году переход на территориальный принцип управления средствами социального страхования в Кемеровской области состоялся полностью.

При объединении у филиала и у регионального отделения в целом возможностей стало больше, т.к. централизация, а затем перераспределение денежных средств в городском масштабе, а значит и в областном, позволила успешно решать ряд вопросов, а именно:

- скоординировать действия филиала, администрации городов Междуреченск и Мыски, страхователей по организации и финансированию оздоровления работников и их детей;

- улучшить организацию работы и финансирование санаториев-профилакториев;

- более оперативно решать вопросы финансирования страхователей на выплату всех видов пособий, гарантированных государством;

- более оперативно информировать страхователей и работников, а также консультировать их, по вопросам обеспечения за счет средств социального страхования;

- гораздо легче стало доказывать необходимость выделения нашей области дополнительных средств на оздоровление детей, приобретение новогодних подарков и т.д.;

- централизованная закупка в здравницах в больших объемах путевок позволяла значительно снизить цену на них и, следовательно, оздоровить большее число работников и их детей.

Преимущество территориального принципа стало еще более очевидным при введении системы обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний. У больных людей, пострадавших на производстве, отпала необходимость ездить в Новокузнецк или Кемерово из Междуреченска и Мысков для решения каких-либо вопросов.

При полном переходе на территориальный принцип и присоединении угольных предприятий, на 01.01.2000 г., численность страхователей составила 1034, численность застрахованных работников – 61615 чел.

Необходимо заметить, что штатная численность работников филиала при этом не увеличилась, а работа удвоилась.

Федеральный закон № 125 ФЗ “О страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний” от 24 июля 1998 г., которым на Фонд социального страхования РФ были возло-



жены обязанности по совершенно новому для России виду обязательного социального страхования, вступил в силу 6 января 2000 г.

До 2000 года возмещение вреда здоровью пострадавшим производителями предприятия-причинителями вреда. В связи с упадком промышленного производства, ликвидацией и простоями предприятий, пострадавшие на производстве оказались не защищенными, выплаты возмещения вреда большинством предприятий перестали производиться. Возникла острая необходимость государственной защиты этой категории граждан Российской Федерации.

Сразу после вступления закона в силу, на филиал “обрушился” неимоверно большой объем работы. В срочном порядке производился набор кадров и их обучение. Приходилось на практике постигать основы нового закона, изучать другие нормативные документы, одновременно принимать от работодателей-причинителей вреда дела пострадавших, назначать и своевременно производить выплаты.

За 6 месяцев 2000 г. филиал принял 2198 дел.

Осложнялась эта работа еще и естественным беспокойством пострадавших на производстве в связи с нововведениями. Это приводило к большому количеству обращений в филиал пострадавших, так как каждому из них хотелось лично обсудить и решить свои вопросы.

Одновременно с приемом дел, создавалась база данных страхователей, личных дел пострадавших и получателей страхового обеспечения. Назначение и выплата страхового обеспечения производились через компьютерную программу “Возмещение вреда”, которая Фондом только разрабатывалась и постоянно обновлялась. Компьютерной техники было недостаточно, приходилось работать в две смены, в выходные и праздничные дни.

Благодаря добросовестной работе специалистов филиала, их выдержке и упорству (хотя некоторые и не выдержали нагрузки и уволились), задачи, поставленные перед филиалом, были выполнены. Уже в марте 2000 г. филиал начал производить пострадавшим выплаты страхового обеспечения, были установлены приемные часы, проводилась информационно-разъяснительная работа. Пострадавшим начали выдавать путевки на санаторно-курортную реабилитацию, оплачивать медикаменты, протезно-ортопедическую помощь, предоставлять автотранспорт.

Многие пострадавшие приходили со словами благодарности, т.к. на протяжении многих лет на предприятиях указанные виды обеспечения не получали.

Стали своевременно получать ежемесячные страховые выплаты пострадавшие ликвидированных предприятий. Например, пострадавшие на предприятии “Изпот” на протяжении 2-х лет до вступления закона в силу “мытарилась” по судам, но так ничего и не добились.

К концу 2000 года обстановка с выплатами ежемесячного страхового обеспечения нормализова-

лась окончательно. Перед филиалом стояли новые задачи:

1. Перепроверить все дела и устранить возможные ошибки, допущенные при приемке дел.

2. Отработать механизм взаимодействия с лечебно-профилактическими учреждениями, учреждениями медико-социальной экспертизы, заключить договора с протезно-ортопедическими предприятиями.

3. Обеспечить учет и хранение личных учетных дел пострадавших.

4. Организовать медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию пострадавших на производстве и др.

5. Участвовать:

- в расследовании тяжелых, смертельных и групповых несчастных случаев (сегодня это 100 % от количества произошедших несчастных случаев). В результате, предотвращаются случаи неправомерно составленных актов формы Н-1 и, соответственно, выплат страхового обеспечения в виде денежных средств. Благодаря заинтересованному отношению к этому вопросу со стороны Государственной инспекции труда, многие дела удавалось решать, не доводя их до судебного разбирательства;

- в проведении комплексных проверок по вопросам охраны труда и техники безопасности, проводимых Государственной инспекцией труда Междуреченска;

- в расследовании случаев профессиональных заболеваний. При наличии проблемы привлечения специалистов исполнительных органов ФСС РФ к расследованию профзаболеваний в целом по области, в филиале № 9 такой проблемы с ЦГСЭН г. Междуреченска не существует.

В 2003 г. в филиале была создана комиссия для проведения экспертизы страховых случаев. Созданная комиссия регулярно проводит заседания для рассмотрения документов по назначению страхового обеспечения. В настоящее время официально утвержденные критерии отсутствуют, что создает значительные трудности при вынесении решений. В результате работы комиссии, были выявлены вопиющие случаи подлога документов. После обращения филиала в отдел по борьбе с экономическими преступлениями УВД города было возбуждено уголовное дело. Неправомерно выплаченные денежные средства были возвращены в ФСС РФ. В настоящее время дело решается в городском суде.

Все перечисленные выше задачи, по нашему мнению, филиалом решаются довольно успешно.

За период с 1994 г. по 2004 г. объем работы увеличился в десятки раз. Некоторую характеристику работы филиала дают цифры, приведенные в таблицах 1 и 2.

Конечно, новый вид страхования занимает огромную долю времени и сил, но филиал не забывает и о традиционном виде страхования. Выплата пособий по временной нетрудоспособности, связанных с материнством и детством, производится своевре-



Таблица 1

Показатели работы филиала № 9

Показатели	01.10.1994 г.	01.01.2000 г.	01.01.2004 г.
Численность страхователей	615	1034	1662
Численность застрахованных работников	19157	61615	67983
Количество получателей возмещения вреда	-	2369	3305

Таблица 2

Доходы и расходы филиала № 9 (тыс. рублей)

	1995 г.	2000 г.	2004 г.
Доходы	20493,6	281942,2	575876,0
Расходы	20905,6	279024,8	575864,8

менно и в полном объеме. Проводилась и проводится большая работа по оздоровлению детей. Если в 1995 году было оздоровлено 1242 ребенка, то в 2000 году эта цифра составила 4253 чел., а в 2003 году – 6077 детей.

Успешная работа филиала стала возможной благодаря добросовестному труду всех работников филиала. Работа специалистов филиала отмечена Фондом социального страхования РФ и региональным отделением, многие работники награждены Почетными грамотами и благодарностями. Но без методического руководства и практической помощи руководства регионального отделения и его специалистов, конечно, организовать четкую работу филиала было бы невозможно.

Филиалу хотелось бы поблагодарить за заинтересованность и исключительную поддержку по многим вопросам Глав администраций гг. Междуреченска и Мыски, а также руководителей предприятий: ОАО “УК Южный Кузбасс”, ОАО “Междуречье”, Комитеты образования гг. Междуреченска и Мыски. Хочется поблагодарить за сотрудничество главных врачей, их заместителей по лечебной части и экспертизе временной нетрудоспособности МУЗ ЦГБ Междуреченска и Мысков.

Совместная работа филиала № 9 и других участников системы обязательного социального страхования позволяет успешно решать задачи, поставленные перед Фондом социального страхования, на территории, обслуживаемой филиалом № 9.





Н.С. ХАНЧЕНКОВ

Государственное учреждение – Кузбасское региональное отделение
Фонда социального страхования Российской Федерации

ЕДИНАЯ ИНФОРМАЦИОННАЯ СИСТЕМА “СОЦСТРАХ” ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ – ЭФФЕКТИВНЫЙ ПОМОЩНИК В РЕШЕНИИ ЗАДАЧ СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ

В 1997 году Фонд социального страхования Российской Федерации принял решение о создании единой интегрированной информационной системы (ЕИИС) “Соцстрах”, способной обеспечить оперативный сбор и анализ данных о финансово-экономической деятельности страхователей и исполнительных органов Фонда, а также предоставить эту информацию в любое время руководству и специалистам Фонда.

В настоящее время такая система создана и работает в Едином информационном пространстве. Это означает, что все компоненты системы (АВС, телекоммуникационное оборудование, общесистемное программное обеспечение и около 20 прикладных подсистем ЕИИС “Соцстрах”, информационные ресурсы или базы данных, службы сопровождения ЕИИС “Соцстрах”) работают взаимосвязанно.

В ЕИИС “Соцстрах” объединены Центральный аппарат Фонда, все региональные отделения, их филиалы и рабочие места в отдаленных от места расположения филиала районах.

В настоящее время ЕИИС “Соцстрах” включает в себя следующие подсистемы: “Администратор”, “Бухгалтерия”, “Единый реестр возмещения вреда”, “Делопроизводство”, “Журнал документальной проверки”, “Зарплата”, “Материальные средства”, “Отдел кадров”, “Отчеты (Форма 4)”, “Путевки”, “Расчет утраченного заработка”, “Ревизор”, “Репликатор”, “Страховые случаи”, “Отчеты (Форма 6)” и многие другие.

Новые информационные технологии обеспечили Фонду прозрачность финансовых потоков всех исполнительных органов Фонда, адресность по выплатам пособий по возмещению вреда и т.д. Это означает, что сложный аналитический отчет, любая информация, имеющаяся в базах данных, распределенная по всей территории Российской Федерации (от Калининграда до Камчатки), могут быть получены в реальном масштабе времени, как на своем рабочем месте, так и в любой точке земного шара, где имеется сотовая связь (через обычный сотовый телефон, имеющий возможность подключения к сети Интернет).

Для этого в Фонде введена в эксплуатацию система мониторинга и аналитической обработки баз данных Фонда – автоматизированное рабочее место руководителя (АРМ “Руководитель”). Она является надстройкой над всей информационной системой Фонда, с помощью нее обеспечивается прямой доступ ко всем информационным ресурсам Фонда.

АРМ “Руководитель”, реализованный на основе новейших XML и OLAP технологий, обеспечивает контроль текущей финансово-хозяйственной деятельности исполнительных органов Фонда, исполнения ими программ государственных гарантий по социальному страхованию, рационального использования материально-технических, кадровых и финансовых ресурсов.

В настоящее время и в региональных отделениях Фонда, в т.ч. и в нашем, эксплуатируется ограниченная доступом к базе только своего отделения копия АРМ “Финансовый контроль” АРМ “Финансовый контроль – региональное отделение”. Таким образом, управляющие региональными отделениями способны производить финансовый контроль над деятельностью своего отделения, филиалов отделения и рабочих мест в районах, а также, имея одновременный доступ к одной и той же базе, и опираясь на одни и те же данные, управляющий региональным отделением может вести предметный разговор с руководством Фонда непосредственно со своего рабочего места. В то же время, и в филиалах эксплуатируется такая же копия АРМ “Финансовый контроль”, которая позволяет директору филиала, не выходя из своего кабинета, контролировать каждое рабочее место специалиста.

ЕИИС “Соцстрах”, делая прозрачной для руководства Фонда финансово-хозяйственную деятельность исполнительных органов Фонда, обеспечивает эффективное управление средствами государственного социального страхования, гарантирующими социальную защиту населения.

Помимо обеспечения прозрачности деятельности Фонда, используемые в ЕИИС “Соцстрах” Интернет-технологии, позволяют существенно оптимизировать работы на одном из самых напряженных участков деятельности исполнительных органов Фонда.

Известно, что ежеквартальный прием и выверка отчетных данных страхователей является самой трудоемкой работой, поскольку, в присутствии представителя страхователя, требуется вручную ввести отчетные данные и проверить их правильность, а в случае необходимости – и выполнить их корректировку.

Не секрет, что в пиковые периоды этой работы в филиалах регионального отделения образуются очереди, в базы данных вносится наибольшее количество ошибок, существенно увеличивается нагрузка на специалистов филиала.



С целью устранения личного присутствия представителя страхователя при сдаче отчета по форме 4 ФСС РФ, а также исключения ручного ввода данных, Фонд разрабатывает программные средства, обеспечивающие прием указанной отчетной формы через Интернет. Эти средства позволят страхователю, после указания необходимых паролей, получить доступ через Интернет к своей отчетной информации в базе данных исполнительного органа Фонда, и прямо там сформировать очередной ежеквартальный отчет. Такая схема работы позволит страхователю повысить достоверность отчетных данных, сократить время их подготовки, сдать отчет, не выходя из своего офиса. Специалисту Фонда разрабатываемые средства позволят ликвидировать ручной ввод данных и сократить время обработки отчета.

Одной из задач, эффективное решение которой может быть достигнуто объединенными усилиями исполнительных органов Фонда социального страхования, территориальных фондов обязательного медицинского страхования и органов управления здравоохранением, на основе использования новых информационных технологий, является экспертиза временной нетрудоспособности. Расходы средств государственного социального страхования на оплату больничных листов составляют во многих регионах, в т.ч. и в нашей области, более 80 % от всех гарантированных выплат работающему населению. Такая ситуация не может не беспокоить Фонд, и в настоящее время ведутся поиски эффективных схем контроля и снижения расходов государственных средств на эти цели.

Проведенные подсчеты показали, что на одного специалиста, занимающегося вопросами контроля за состоянием экспертизы временной нетрудоспособности, приходится несколько тысяч врачей медицинских учреждений. Попытка действовать по установке “проверка раз в 5 лет” приводит к распылению имеющихся ресурсов рабочего времени и, как правило, эффекта не дает. К тому же, данная установка не учитывает возникающую в ряде случаев необходимость повторных проверок.

Сегодня перед специалистами-ревизорами и специалистами-врачами регионального отделения и филиалов ставится задача определить лечебно-профилактические учреждения, являющиеся “ударниками в деле освоения средств социального страхования”. В ряде случаев это лежит на поверхности. Имеются в виду страхователи, обслуживаемые преимущественно одним лечебно-профилактическим учреждением (например, медико-санитарной частью), а также страхователи небольших городов и районных поселков.

Когда же речь идет о страхователе, находящемся в многотысячном городе, то на помощь приходит подсистема “Реестр больничных листов”, позволя-

ющая после простой обработки выявить вышеупомянутых “ударников”. Таким образом, получается список лечебно-профилактических учреждений, который с полным обоснованием можно предложить органам управления здравоохранением для межведомственного контроля состояния экспертизы временной нетрудоспособности.

Однако получить желаемый результат можно, только объединив усилия всех заинтересованных ведомств: Фонда социального страхования, Территориального Фонда обязательного медицинского страхования и органов управления здравоохранением. Только совместными усилиями органов здравоохранения, призванных обеспечить гражданина качественной медицинской помощью, и субъектов вневедомственного контроля, призванных защищать право граждан на охрану здоровья, можно создать эффективную единую систему контроля качества медицинских услуг и экспертизы временной нетрудоспособности, проводимую по единой согласованной методологии на всей территории региона.

Внедрение на региональном уровне новых информационных технологий необходимо и для взаимодействия субъектов, участвующих в медицинской и социальной реабилитации лиц, пострадавших от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

ЕИИС “Соцстрах” уже сейчас обеспечивает ведение персонифицированного учета пострадавших на производстве и адресность страховых выплат. При необходимости, можно проанализировать карточку пострадавшего, а также узнать, какие и когда были произведены ему выплаты, выявлять случаи неправомерных выплат.

Первым шагом при решении вопросов эффективности реабилитационных мероприятий мог бы стать обмен данными в электронном виде, либо организация доступа к базам данных учреждений медико-социальной экспертизы и лечебно-профилактических учреждений. Это позволит иметь оперативную информацию о каждом пострадавшем, что позитивно скажется на качестве реабилитационного процесса. Внедрение информационных технологий в данном случае обеспечивает оперативное принятие управленческих решений, своевременную корректировку информации, контроль качества реабилитационного процесса, возможность обобщения и анализа, статистический учет, прогнозирование и т.д.

Новые информационные и коммуникационные технологии, базирующиеся на использовании достоверной и актуальной первичной информации, реально позволяют улучшить качество управления средствами государственного социального страхования Российской Федерации, гарантирующими социальную защиту населения.



С.Н. КРАВЧЕНКО, А.В. ХАРИТОНОВ

Государственное учреждение – Кузбасское региональное отделение
Фонда социального страхования Российской Федерации,
Департамент труда Кемеровской области

ОБУЧЕНИЕ ОХРАНЕ ТРУДА – ОДНА ИЗ ВАЖНЕЙШИХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕР ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ ПРОИЗВОДСТВЕННОГО ТРАВМАТИЗМА И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Анализ обстоятельств и причин производственного травматизма показывает, что значительное количество несчастных случаев на производстве происходит вследствие слабого знания многими должностными лицами и работниками требований охраны труда, безопасных приемов труда и методов выполнения работ.

Обучение охране труда работников организаций относится к числу важнейших профилактических мер по предупреждению производственного травматизма и профессиональной заболеваемости. Наличие квалифицированного персонала в организации – одно из стержневых условий безопасности труда.

На начальном этапе экономических преобразований практически не существовало механизма управления охраной труда, в том числе и вопроса обучения охране труда, отсутствовала нормативная база, определяющая порядок обучения, не были разработаны программы обучения безопасным методам и приемам выполнения работ.

В Кемеровской области обучением охране труда серьезно занялись уже в 1997 году, что было определено законом Кемеровской области “Об охране труда”.

Позднее, Федеральным законом от 17 июля 1999 года № 181-ФЗ “Об основах охраны труда в Российской Федерации” и Трудовым кодексом Российской Федерации (ст. 225), было установлено, что все работники организации, в том числе и ее руководитель, должны проходить обучение охране труда и проверку знаний требований охраны труда в порядке, установленном Правительством Российской Федерации. Данный порядок определен Постановлением Министерства труда и социального развития № 1 и Министерства образования Российской Федерации № 29 от 13 января 2003 года.

Данное Постановление (п. 1.3) предусматривает право субъектов Российской Федерации устанавливать дополнительные требования к организации и проведению обучения охране труда и проверки знаний требований охраны труда.

В соответствии с этим, в Кемеровской области разработано Положение о системе непрерывного обучения охране труда, проверки знаний и аттестации по охране труда работников организаций Кемеровской области, получившее одобрение на областном Межведомственном совете по обучению охране труда.

Созданная система обучения охране труда в Кемеровской области предусматривает обучение руководителей и специалистов организаций при образовательных учреждениях профессионального образования, имеющих соответствующую лицензию Министерства образования Российской Федерации, или в центрах охраны труда, имеющих разрешение департамента труда Кемеровской области. Обучение работников рабочих профессий должно быть организовано в организации по месту работы.

Статьей 212 Трудового кодекса Российской Федерации в обязанности работодателя вменяется организация обучения безопасным методам и приемам выполнения работ по охране труда и оказание первой помощи при несчастных случаях на производстве, проведение инструктажей по охране труда, стажировку на рабочем месте и проверку знаний требований охраны труда, безопасных методов и приемов выполнения работ.

Обучение охране труда руководителей и специалистов проводится:

- при приеме на работу;
- при назначении на новую должность, требующую новых знаний в области охраны труда;
- при вводе в действие новых нормативных документов по охране труда, новой техники или технологии;
- при перерыве в работе свыше одного года;
- периодическое обучение не реже одного раза в три года.

Для работников рабочих профессий предусмотрено проведение инструктажей и обучение охране труда:

- при приеме на работу,
- вводный инструктаж, первичный инструктаж на рабочем месте;
- обучение охране труда ежегодно;
- на протяжении трудовой деятельности – повторные, целевые, внеплановые инструктажи.

Система обучения охране труда должна осуществляться за счет средств работодателя, что определено в статье 219 Трудового кодекса Российской Федерации.

С 2000 года в Российской Федерации началась апробация системы обучения охране труда отдельных категорий застрахованных. В соответствии со ст. 17 Федерального закона от 24 июля 1998 года № 125-ФЗ “Об обязательном социальном страхова-



нии от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний”, работодатель получил возможность направлять на обучение охране труда отдельные категории застрахованных за счет средств Фонда социального страхования Российской Федерации.

Особенностью проведения указанного вида обучения является новое для практики понятие “отдельные категории застрахованных”. К ним относятся специалисты и руководители служб охраны труда организаций, члены комитетов (комиссий) по охране труда, уполномоченные (доверенные) лица по охране труда профессиональных союзов и иных уполномоченных работниками представительных органов и, начиная с 2003 года, руководители бюджетных организаций.

Обучающие организации, занимающиеся обучением отдельных категорий застрахованных, помимо того, что имеют разрешение на обучение охране труда, являются победителями конкурса на право обучения указанных категорий слушателей.

Конкурсная комиссия, осуществляющая отбор обучающих организаций, рассматривает по следующим критериям:

- разрешение Минтруда России или департамента труда на право обучения охране труда руководителей и специалистов организаций;
- лицензию на образовательную деятельность;
- материальную учебную базу, отвечающую строительным, пожарным и санитарным нормам;
- кадры преподавателей, отвечающие требованиям Положения о системе непрерывного обучения, проверке знаний и аттестации охраны труда руководителей и работников Кемеровской области;
- практический опыт обучения охране труда не менее одного года.

В Кемеровской области, из 36 действующих обучающих организаций по охране труда, только 10 получили такое право на 2004 год.

В связи с этим, Фонд социального страхования вправе рассчитывать на то, что эти обучающие организации располагают соответствующей учебной, материально-технической базой и способны качественно проводить обучение отдельных категорий застрахованных в соответствии с детализацией возможных предметных статей сметы расходов на обучение, рекомендованной на 2004 год.

Порядок направления на обучение отдельных категорий застрахованных и финансирование их обучения определяется “Соглашением между Министерством труда и социального развития Российской Федерации и департаментом труда Кемеровской области по организации обучения охране труда отдельных категорий застрахованных, о передаче средств для осуществления мероприятий по обучению охране труда отдельных категорий застрахованных и осуществлению контроля за правильностью использования этих средств в 2004 году”, согласно которому Департамент труда решает организационные вопросы, в частности, рассчитывает предполагаемую численность об-

учаемых и сумму средств, необходимых для обучения.

Финансирование обучающих организаций осуществляется на основании договоров, заключенных между департаментом труда и обучающими организациями.

Обучение осуществляется по программам, разработанным обучающей организацией, согласованным с департаментом труда, в соответствии с примерными программами, утвержденными Министерством труда и социального развития Российской Федерации.

Обучающие организации ежеквартально представляют в департамент труда отчеты, согласованные с региональным отделением Фонда социального страхования РФ, о количестве обученных, относящихся к отдельным категориям застрахованных, и об использовании средств на обучение, с обязательной регистрацией списков застрахованных в региональном отделении Фонда социального страхования Российской Федерации.

Благодаря государственной поддержке процесса обучения охране труда, в Кемеровской области наблюдается положительная динамика количества обученных: в 2003 году обучено 18945 человек, что на 21 % больше, чем в 2002 году (14929 человек). В том числе, отдельных категорий застрахованных за 2003 год обучено 4050 чел., что почти на 40 % больше, чем в 2002 году (2895 чел.).

Изменились условия и качество обучения. Если на первом этапе организации обучения охране труда обучающие организации могли предложить слушателям изучение материала в виде лекций, то сегодня ими широко используются компьютерные программы, модульная система обучения, видеофильмы с инструктажами по охране труда и деловые игры. Обучение охране труда сопровождается раздачей нормативной литературы по охране труда и трудовому праву.

В Кемеровской области мы подошли к тому, что количество обученных руководителей и специалистов, прошедших обучение и проверку знаний требований охраны труда, создало реальные предпосылки для того, чтобы центр тяжести по организации обучения перенести на сами организации.

Наличие квалифицированного персонала в организации — одно из важнейших условий по созданию здоровых и безопасных условий труда. Это главнейший фактор снижения производственного травматизма и профессиональной заболеваемости. Доступность обучения персонала всех страхователей, независимо от финансового состояния, является одним из направлений профилактической работы. Формируется понимание того, что охрана труда — это экономическая категория. Гораздо выгоднее инвестировать предупредительные мероприятия, чем мероприятия по устранению последствий несчастных случаев на производстве и профзаболеваний.

В связи с непродолжительностью периода обучения застрахованных, трудно пока сделать выводы



об экономической эффективности инвестиций в обучение, но, несомненно, бесплатная форма обучения позволит предоставить необходимые знания тем специалистам, обучение которых было затруднено в связи с тяжелым финансовым положением организации или предприятия.

Сегодня не все проблемы решены в вопросах организации обучения работников организаций. Если в организациях с малой численностью работников все они могут обучиться в обучающих организациях по охране труда, то на некоторых крупных предприятиях, к сожалению, не созданы центры по обучению охране труда собственного персонала. Наличие центров охраны труда на предприятиях позволит работодателю организовать обучение в соответствии с типовыми программами, на высоком профессиональном уровне, в том числе и используя средства Фонда социального страхования Российской Федерации.

Основная задача обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний на уровне страхователя — это снижение профессионального риска на предприятии, профилактика наступления страховых случаев. Знание норм и правил по охране труда, законодательства об обязательном социальном страховании позволяет страхователю планировать работу по снижению профессиональных

рисков, проводить анализ экономической эффективности инвестиций в охрану труда и профилактику профессиональных заболеваний, определять эффективные направления расходования средств обязательного социального страхования на финансирование предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний.

К сожалению, не все страхователи пользуются своим правом на финансирование отдельных мероприятий по охране труда за счет страховых взносов из-за незнания нормативных актов. Мы надеемся, что проводимое обучение расширит познания специалистов предприятий и организаций в области страхования, и обеспечит возможность экономического влияния на выбор наиболее рациональных путей повышения безопасности производства и определения первоочередных мероприятий по охране труда, инвестиции в которые поощряются.

Грамотная организация обучения и проверки знаний по охране труда за счет средств обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний позволит значительно увеличить число квалифицированного персонала в организациях и, тем самым, создаст предпосылки к снижению производственного травматизма и профессиональной заболеваемости.



ЗАБОТА О ЧЕЛОВЕКЕ ТРУДА

Забота о человеке труда – эта лозунговая фраза была любима во все времена, при любом общественно-политическом строе. Ею часто играют политики, администраторы, желая подчеркнуть внимание к рабочим. Далеко не всегда за красивыми словами стоят конкретные дела, подтвержденные фактами и внушительными цифрами.

Но в 2000 году введен в действие Федеральный закон от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ “Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний” о гарантиях по оказанию помощи лицам, получившим производственные травмы и профессиональные заболевания. Закон этот сегодня реально осуществляет социальную защиту граждан, пострадавших на производстве.

Однако, кроме материального обеспечения и реабилитации уже пострадавших на производстве, необходимы средства и на предупредительные меры по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний. Возможность использовать средства обязательного социального страхования на превентивные меры была впервые предоставлена в 2001 году – направлять до 20 % страховых взносов страхователей на решение проблем профилактики и предупреждения травматизма и профзаболеваний. С 2001 года ежегодно Федеральными законами о бюджете Фонда социального страхования РФ предусматривается такая возможность.

В филиале № 2 Государственного учреждения – Кузбасского регионального отделения Фонда социального страхования РФ (филиал №2) этот документ был детально изучен специалистами. Всем страхователям, представителям служб по охране труда, руководителям предприятий и организаций была предложена подробная информация. Поскольку финансирование таких мероприятий за счет средств обязательного социального страхования было впервые, то всем страхователям был направлен пакет документов, которые должны быть представлены в исполнительные органы Фонда. В 2001 году, поскольку дело было новое, такой возможностью воспользовались шесть страхователей.

В числе мобильных страхователей в первый год выступили угледобывающие предприятия. Так, разрезом “Караканский” на проведение медицинских осмотров было использовано 12,5 тысяч рублей, разрезом “Красный брод” – 302,9 тысяч рублей, разрезом “Бачатский”, на санаторно-курортное лечение работников, – 119,9 тысяч рублей, ОАО шахта “Трамотейнская” – 1304,4 тысяч рублей.

Положительный опыт работы указанных страхователей в 2001 г. был доведен до сведения всех стра-

хователей и, в очередной раз с завидной настойчивостью, работники филиала объясняли страхователям в личных беседах, на семинарах, что нужно сделать для того, чтобы забота о здоровье человека и предупредительные меры производственного травматизма и профессиональных заболеваний были более действенными и для их исполнения имелась конкретная финансовая база.

В 2002 году число страхователей, обратившихся с предложениями по финансированию предупредительных мер, выросло до тридцати одного. Примечательно, что в этом ряду появились не только крупные страхователи – разрезы, заводы, шахты, – но и такие организации, как “Беловский почтамт”, ГУ Линейный “Центр государственного санитарного надзора”, МУЗ “Городская больница города Гурьевска, Гурьевское дочернее ГУ пассажирское автотранспортное предприятие.

Опыт 2003 года подтвердил, что страхователи поняли выгоду и ощутимую пользу реализации мероприятий по предупреждению травматизма в рамках действующего закона. Достаточно привести суммы, которые были использованы некоторыми страхователями на целевые мероприятия. Так, филиалом ОАО УК “Кузбассразрезуголь” “Разрез Красный брод” на проведение медицинских осмотров, оплату стоимости путевок в санатории-профилактории, приобретение приборов контроля было израсходовано почти 2 млн. руб., разрезом “Караканский” – 691,2 тыс. рублей, Гурьевским металлургическим заводом – 474,3 тыс. рублей.

В 2004 году с ходатайствами о разрешении финансирования предупредительных мер до 01 июля подали заявления уже 56 организаций.

Важно не только то, что государством была предоставлена возможность использовать солидные средства на профилактику травматизма и профессионального заболевания, но и то, как этот процесс организован и исполняется. Как работают специалисты филиала по этому вопросу, лучше могут рассказать руководители предприятий и специалисты экономических служб:

Главный бухгалтер филиала шахта “Трамотейнская” ОАО УК “Южкузбассуголь” Исупова Татьяна Владимировна: “На протяжении многих лет мы сотрудничаем с филиалом № 2 ГУ-КРОФСС РФ. Программа по финансированию предупредительных мер филиалом исполняется в четко установленных рамках: первоначально подробная информация, любая консультация и конструктивный диалог во время разработки и реализации плана мероприятий. Приятно, что в филиале работают компетентные и ответственные люди. Предлагаемые нами мероприятия, как правило, бывают поддержа-



ны. За счет этой статьи мы проводим медицинские осмотры работников предприятия, по результатам – оздоровление нуждающихся в профилактическом лечении в собственном санатории-профилактории, аттестацию рабочих мест. Могу сказать, что, благодаря проводимой работе, у коллектива предприятия появилась определенная уверенность в социальной защищенности в плане профилактики профессиональных заболеваний и травматизма. Выполняя намеченные мероприятия, мы имеем стабильные показатели и, во всяком случае, заболеваемость на предприятии не увеличивается. Это радует”.

Главный экономист филиала “Разрез “Бачатский” ОАО “УК “Кузбассразрезуголь” Людмила Васильевна Законнова: “Только благодаря тому, что вступил в действие закон “Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний” и последующие законы в его развитие, а также тому, что филиал № 2 сумел верно выстроить работу по их реализации, мы своевременно подготовили необходимые документы и, за счет использования 20 % страховых взносов на обязательное социальное страхование, смогли своевременно и качественно провести медицинские осмотры работников, также реализовать целый ряд намерений, направленных на предупреждение травматизма и профессиональных заболеваний”.

Филиалом № 2 КРОФСС РФ систематически проводится анализ работы в данном направлении. Работая со страхователями, филиал непременно интересуется их мнением о формах работы по сокращению заболеваемости на предприятиях и в организациях. Любое предложение филиалом принимается к сведению, изучается, обобщается и используется в работе.

На практике оказалось, что проследить отдельно эффективность проводимых страхователями мероприятий по предупреждению травматизма и профзаболеваний за счет средств социального страхования, кроме как в численном выражении, сложно, т.к. страхователи используют на те же цели и собственные средства.

И, тем не менее, администрация страхователей отмечает тот факт, что на предприятиях той же угольной компании “Кузбассразрезуголь” снизилась заболеваемость. Если на разрезе “Красный брод” в 2000 году было 5171 случаев заболеваемости, то в 2002 г. – уже 3545, а на разрезе “Бачатский” за те же годы 5646 и 4253 случаев.

Опыт работы филиала со страхователями стал красноречивым доказательством того, что при грамотном, оперативном решении организационной части вопроса при реализации Федерального закона № 125-ФЗ возможно создать более благоприятные условия для охраны труда и здоровья трудящихся.



Е.В. ЩУКИНА, Т.Ю. СМИРНОВА, С.Н. СИНЬКОВ

Государственное учреждение – Кузбасское региональное отделение
Фонда социального страхования РФ, филиал № 11,
г. Новокузнецк

ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ТРАВМАТИЗМА, А ТАКЖЕ МЕДИЦИНСКОЙ, СОЦИАЛЬНОЙ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТРАДАВШИХ НА ПРОИЗВОДСТВЕ ОТ ТРАВМ И ПРОФЗАБОЛЕВАНИЙ

Важнейшими задачами обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний являются возмещение вреда, причиненного жизни и здоровью застрахованного при наступлении страхового случая, которое осуществляется не только путем предоставления застрахованному всех необходимых видов обеспечения по страхованию, но и в виде оплаты расходов на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию, а также обеспечение предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний.

На наш взгляд, профилактика профессиональных заболеваний, медицинская, социальная и профессиональная реабилитация – это звенья одной цепи, так как только в своей совокупности меры профилактики и реабилитационные мероприятия могут дать существенный результат.

Реабилитация пострадавшего представляет собой совокупность мероприятий, направленных на восстановление утраченного здоровья, трудоспособности, социального статуса пострадавшего. В свою очередь, процесс реабилитации является лишь частью более глобального процесса ресоциализации человека. В этом случае пострадавшему приходится вновь обретать и осваивать социальные навыки и нормы, заново проходить интеграцию в социум, восстанавливать утраченные связи.

Итак, понятие “реабилитация пострадавшего” включает в себя целый спектр различных мер. В первую очередь, бюро медико-социальной экспертизы определяет объем и формы медицинской реабилитации пострадавшего. Решение о необходимости пострадавшего в определенных мероприятиях должно приниматься на основании тщательной оценки реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза, и носить индивидуальный характер. При этом должны учитываться фактические степень тяжести профессионального заболевания, сопутствующая патология. Недостаточный учет этих факторов, а также фактическая перегруженность Бюро МСЭ, большой поток пострадавших снижают результат восстановления трудоспособности больных.

Так, застрахованный Т. был направлен на санаторно-курортный этап реабилитации по последствиям профессионального заболевания. Однако

при осмотре в санатории были выявлены противопоказания к санаторно-курортному лечению по онкологическому заболеванию. Больной из санатория был реэвакуирован.

В конечном счете, такие случаи приводят не только к нерациональному использованию средств социального страхования, но и могут повлечь самые неблагоприятные последствия для здоровья и жизни пострадавшего.

Важно отметить, что реабилитация пострадавших осуществляется только по прямым последствиям страхового случая. Федеральный закон от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ определяет перечень видов мероприятий по реабилитации и, главным образом, по медицинской реабилитации, который включает в себя:

- лечение застрахованного, осуществляемое на территории РФ непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве, до восстановления трудоспособности или установления стойкой утраты трудоспособности;
- приобретение лекарств, изделий медицинского назначения и индивидуального ухода в целях восстановления здоровья застрахованных, уменьшения последствий несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний при амбулаторно-поликлиническом лечении;
- реабилитационно-санаторное лечение в организациях, оказывающих санаторно-курортные услуги, в том числе по путевке, включая оплату лечения, проживания и питания застрахованного (в необходимых случаях – оплату проезда, проживания и питания сопровождающего его лица), оплату отпуска застрахованного (сверх ежегодно оплачиваемого отпуска, установленного законодательством РФ) на весь период его лечения и проезда к месту лечения и обратно, при наличии показаний к применению природно-климатических факторов для уменьшения причиненного вреда здоровью, восстановлению полностью или частично трудоспособности пострадавшего или значительного улучшения состояния его здоровья;

- протезирование, протезно-ортопедическую помощь, предоставляемые в целях компенсации утраченных функций или частей организма.

В таблице 1 приведены данные филиала № 11 регионального отделения по медицинской реабилитации пострадавших на производстве.

Медицинская реабилитация пострадавших на производстве (филиал № 11)

	2002 г.		2003 г.	
	Количество (чел.)	Суммы (тыс. руб.)	Количество (чел.)	Суммы (тыс. руб.)
Лечение	52	428,4	19	198,9
Санаторный этап реабилитации	591	9343,4	800	14983,7
Медикаменты	117	269,1	204	197,3
Протезирование	119	1333,9	121	2162,1

Из таблицы видно, что количество застрахованных и суммы, направленные на восстановление их трудоспособности и здоровья, возрастают. Исключением является оплата лечения, так как с внесением изменений и дополнений от 07.07.2003 г. в Федеральный закон № 125-ФЗ “Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний”, исполнительные органы Фонда могут оплачивать лечение застрахованных непосредственно только после тяжелых несчастных случаев на производстве.

Кроме того, немаловажную роль играет формирование у больных с профессиональными заболеваниями мотивации к выздоровлению. Снижение процентов утраты трудоспособности напрямую связано с размером обеспечения по страхованию в виде ежемесячных выплат, следовательно, выздоровление для пострадавших невыгодно именно в материальном плане.

Также одной из основных проблем медицинской реабилитации является отсутствие единых критериев оценки эффективности реабилитационных мероприятий, которые должны строиться на четком отслеживании и анализе результатов выполнения больными программы реабилитации.

В научной литературе, посвященной проблемам медицинской реабилитации, подчеркивается необходимость создания системы мониторинга, основанного на “реабилитационных” картах пострадавших, в которых отмечались бы исходные данные и данные, свидетельствующие о динамике состояния здоровья пострадавшего с профессиональным заболеванием.

Полагаем, что наличие такой системы позволит значительно повысить эффективность медицинской реабилитации больных.

Если основной целью медицинской реабилитации является, прежде всего, восстановление здоровья и трудоспособности больного, то задачей социальной и профессиональной реабилитации – восстановление личностного и социального статуса пострадавшего, возвращение его в сферу производственного труда.

Законодательством предусматривается система мер по восстановлению способностей пострадав-

шего к самостоятельной социально-бытовой деятельности.

Это, прежде всего:

- посторонний бытовой уход за застрахованным, нуждающимся в постоянной или временной посторонней помощи в связи с полной или частичной утратой возможности самостоятельно удовлетворять свои основные жизненные потребности, вследствие ограничения способности к самообслуживанию и (или) передвижению, в том числе, осуществляемый членами его семьи;

- посторонний специальный медицинский уход за пострадавшим при необходимости выполнения для него специальных медицинских и санитарно-гигиенических процедур, постоянного медицинского наблюдения, в том числе, осуществляемого членами его семьи;

- обеспечение застрахованного, имеющего соответствующие медицинские показания и при отсутствии противопоказаний к вождению, специальным транспортным средством (включая возмещение расходов на капитальный ремонт транспортного средства и приобретение горюче-смазочных материалов), если он нуждается в таком средстве передвижения для осуществления трудовой деятельности или осуществления собственной жизнедеятельности;

- обеспечение техническими и иными средствами реабилитации (их ремонт), необходимых в целях компенсации утраченных способностей к самостоятельному передвижению и самообслуживанию, ориентации, общению.

Как показывает практика, количество пострадавших, которым Бюро медико-социальной экспертизы определяет нуждаемость в мероприятиях по социальной адаптации, увеличивается и, как следствие, возрастают расходы по оплате данного вида реабилитации.

В частности, за последние 2 года специальные транспортные средства были предоставлены 21 застрахованному; расширился перечень технических и иных средств реабилитации, предоставляемых пострадавшим на производстве.

Профессиональная же реабилитация подразумевает профессиональное обучение (переобучение), овладение пострадавшими новыми трудовыми на-



Социальная реабилитация пострадавших на производстве (филиал № 11)

Таблица 2

	2002 г.		2003 г.	
	Кол-во (чел.)	Сумма (тыс. руб.)	Кол-во (чел.)	Сумма (тыс. руб.)
Посторонний бытовой и медицинский уход	63	368,9	88	406,7
Обеспечение транспортом	14	989,0	7	536,6
Текущий и капитальный ремонт	17	66,9	36	108,1
Обеспечение приспособлениями для трудовой деятельности и в быту	51	192,8	69	245,5

выками, что, в свою очередь, помогает им обрести социальную и материальную независимость, найти новые возможности для самореализации.

Думается, здесь проблемы носят более глобальный характер. Необходимо внести значительные коррективы в представление “здоровой части населения” о людях “с ограниченными возможностями”. Не секрет, что сокращаются возможности инвалидов на рынке труда, что ведет к ухудшению их материального положения. Последние исследования свидетельствуют о снижении удельного веса трудоспособного населения.

Человечество стремительно “стареет”: почти каждый пятый житель планеты – старше 60 лет. При этом возрастает доля инвалидов. В связи с этим, профессиональная реабилитация пострадавших имеет первостепенное значение. Однако за период 2002-2003 гг. нуждаемость в профессиональном переобучении учреждением МСЭ была определена всего 4-м пострадавшим, из них в Филиал № 11 за оплатой по данному виду обеспечения никто не обратился.

На этом этапе мы вновь сталкиваемся с проблемой формирования мотивации к профессиональному переобучению у самого пострадавшего.

На основе анализа выполнения реабилитационных мероприятий, рекомендованных Бюро МСЭ, можно предположить, что у тех пострадавших, которые в последние 2-3 года полностью выполняют программу реабилитации, процент утраты профессиональной трудоспособности должен был снизиться.

Но, при очередном освидетельствовании на МСЭК, процент утраты не изменяется или даже увеличивается. Почему? Не те реабилитационные мероприятия, качество реабилитации, качество освидетельствования, аградация? Вопрос остается открытым.

Другой важной составляющей деятельности Фонда социального страхования является обеспечение мер по профилактике профессиональных заболеваний и производственных травм.

Федеральный закон от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ “Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний” определяет профессиональ-

ное заболевание как хроническое или острое заболевание застрахованного, являющееся результатом воздействия на него вредных производственных факторов и повлекшее временную или стойкую утрату им профессиональной трудоспособности.

Профессиональное заболевание возникает под влиянием вредных, свойственных условиям и характеру труда в определенных производствах или профессиях.

Неоднократно отмечалось, что Кемеровская область является одним из самых неблагоприятных регионов по уровню профессиональной заболеваемости. Среди причин ухудшения состояния здоровья работающих можно назвать условия труда, не соответствующие нормам, нарушение режимов труда и отдыха, отсталые технологии производства, высокая концентрация предприятий тяжелой промышленности и т.д.

По данным Госсанэпиднадзора, показатель профессиональной заболеваемости на 10 тыс. работающего населения в Российской Федерации на 2001 год составил 2,19 человек. В Кузбассе на 10 тыс. – 16,13 профбольных.

Все это свидетельствует о том, что повышенное внимание необходимо уделять своевременному выявлению, диагностированию и профилактике профессиональных заболеваний на предприятиях области. Основной проблемой здесь является то, каким образом повысить заинтересованность работодателя в улучшении условий и охраны труда. В русле решения данной проблемы Фонд социального страхования РФ производит частичное финансирование предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников за счет страховых взносов по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

Кроме того, для стимулирования экономической заинтересованности субъектов страхования в снижении профессионального риска, исполнительные органы ФСС РФ, в соответствии с Законом об обязательном социальном страховании, устанавливают страхователям скидки и надбавки к страховым тарифам на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профза-

болеваний в размере до 40 % страхового тарифа, которые частично финансируются Фондом за счет страховых взносов по данному виду страхования, а также направляют средства для финансирования обучения по охране труда отдельных категорий застрахованных.

Постановлением Правительства от 14 февраля 2004 г. № 82 утверждено Положение о финансировании в 2004 г. предупредительных мер, которое определяет, что размер средств, направляемых страхователем на частичное финансирование предупредительных мер, не может превышать 20 % сумм страховых взносов, перечисленных страхователем в Фонд за 2003 г.

Постановлением Минтруда РФ от 5 марта 2004 г. № 28 утвержден Перечень предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников.

Сегодня предприятия имеют возможность использовать часть страховых взносов на такие мероприятия, как:

- проведение обязательных периодических медицинских осмотров работников, занятых на работах с вредными и опасными производственными факторами;

- на оплату стоимости путевок на санаторно-курортное лечение работников, занятых на работах с вредными и опасными производственными факторами;

- на оплату расходов на приобретение работникам, занятым на работах с вредными и опасными условиями труда, а также на работах, выполняемых в особых температурных условиях, сертифицированных средств индивидуальной защиты по типовым нормам для бесплатной выдачи;

- проведение аттестации рабочих мест, сертификации работ по охране труда.

Как показывают данные, в 2002 г. в Филиал № 11 Фонда социального страхования за частичным финансированием предупредительных мер обратились 17 страхователей, из них 14 страхователям суммы были утверждены.

В 2003 г. обратились 37 страхователей, утверждены суммы были 24 страхователям. Два страхователя не смогли воспользоваться предоставленной им возможностью, так как неправильно оформили документы.

Конкретное применение средств, направленных на частичное финансирование предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников, можно проиллюстрировать на примере ОАО “Кузнецкие ферросплавы”.

Указанное предприятие обращалось в Филиал № 11 в 2002 г. и в 2003 г. В таблице 3 приведены данные об использовании предприятием ОАО “Кузнецкие ферросплавы” предоставленных Фондом средств.

Таблица 3

Использование предоставленных средств ОАО “Кузнецкие ферросплавы”

Мероприятия	Суммы (тыс. руб.)		% от использованной страхователем
	утвержденные	использованные	
Всего за 2002 год, в т.ч.:	1599263	1599110	100
Проведение периодических медицинских осмотров	126200	126200	7,9
Проведение аттестации рабочих мест	155909	155908	9,75
Приобретение приборов контроля за состоянием условий труда	758914	758914	47,45
Оздоровление работников, занятых на работах с вредными и опасными производственными факторами	558240	558088	34,9
Всего за 2003 год, в т.ч.:	1221964	1198160	100
Приобретение средств индивидуальной защиты	78533	78533	6,55
Приобретение приборов контроля за состоянием условий труда	367102	367102	30,64
Оздоровление работников, занятых на работах с вредными и опасными производственными факторами	776329	752525	62,81

Согласно данным, приведенным в таблице, значительная часть средств была использована предприятием для оздоровления работников и приобретения приборов контроля за состоянием условий

труда. О результатах судить рано, но, тем не менее, заинтересованность работодателя в этом виде страхования налицо. Довольно существенные трудности при профилактике профессиональных заболе-



ваний и производственных травм возникают в силу несовершенства законодательства и нормотворческого процесса. Профилактические мероприятия, в первую очередь, предусматриваются Федеральными законами о бюджете Фонда социального страхования РФ на соответствующий финансовый год. Каждый такой закон действует не более года и, бывает, вступает в силу с существенным опозданием. Результатом этого является отсутствие определенной стабильности в этом вопросе, а также упущенное время из-за законодательных пробелов. Возможным решением видится закрепление основных вопросов профилактики профессиональной за-

болеваемости и производственного травматизма в постоянно действующем Федеральном законе “Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний” от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ.

Подводя итог вышесказанному, целесообразно подчеркнуть, что только в своем единстве мероприятия реабилитации пострадавших и профилактические меры могут дать высокий положительный результат, в котором заинтересованы все субъекты обязательного социального страхования – страховщик, страхователи и, в первую очередь, застрахованные.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний. – Федеральный закон от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ.
2. Финансовые отчеты филиала № 11 Государственного учреждения – Кузбасского регионального отделения Фонда социального страхования РФ по форме 6-ФСС РФ за 2002-2003 гг.
3. Отчет об использовании сумм страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний на финансирование предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний за 2002-2003 гг. ОАО “Кузнецкие ферросплавы”.
4. Фомин, А. Профессиональная заболеваемость в Кемеровской области /А. Фомин. //Охрана труда и соц. страх. – 2004. – № 5.





А.М. ПРОЦЕНКО

Государственное учреждение – Кузбасское региональное отделение
Фонда социального страхования Российской Федерации, филиал № 5,
г. Киселевск

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТРАДАВШИХ НА ПРОИЗВОДСТВЕ РАБОТОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

Аспект (от латинского *aspectum* – вид) – точка зрения, с которой рассматривается какое-либо явление, понятие, перспектива. Удельный вес социально-активного населения все время уменьшается и приближается к отметке 50 %, почти каждый второй житель планеты имеет возраст свыше 60 лет, а доля детей и подростков приближается к 15 %, примерно одна десятая часть человечества – инвалиды.

По данным Министерства труда и социального развития Российской Федерации, в нашей стране насчитывается свыше 9 млн. человек, официально признанных инвалидами. Из них, 50 % – это лица трудоспособного возраста. Создается парадоксальная ситуация: общество ориентируется в своем развитии на наиболее работоспособную часть населения, в то время как постоянно увеличивается доля лиц с теми или иными отклонениями.

Перспективу развития человека определяют его позитивные возможности, а не негативные последствия того или иного события (в частности, последствия несчастного случая на производстве и профессионального заболевания).

Реабилитация предполагает достижение реабилитационного эффекта, как обретение большей степени свободы относительно независимой жизнедеятельности. Реабилитация, как совокупность методических приемов, состоит из профессионально-производственных и социально-бытовых аспектов (восстановительная терапия и реконструктивная хирургия, протезирование, профессиональная диагностика, профессиональное переобучение, рациональное трудоустройство, профессионально-производственная адаптация).

Имеются разноречивые подходы к комплексной проблеме медицинских работников и специалистов Фонда социального страхования. Медицинские работники оценивают реабилитацию как систему медико-биологических и медико-социальных мероприятий, направленных на предупреждение утраты трудоспособности, скорейшее восстановление нарушенных функций, профилактику рецидивов, раннее возвращение больного к труду. При этом акцент делается на реабилитацию, начинающуюся на ранних этапах воздействия неблагоприятных факторов.

Фондом социального страхования под реабилитацией понимается реабилитация после произошедшего несчастного случая на производстве или после установления профессионального заболевания.

Ошибочным было бы сводить обязанности Фонда только к осуществлению материальному обеспечению по страхованию. С целью более рационального использования средств обязательного социального страхования разработана программа ранней реабилитации пострадавшего.

Принципами ранней реабилитации являются: комплексность реабилитационных мероприятий, последовательность и непрерывность, индивидуальный подход. Ожидаемые результаты ранней реабилитации: уменьшение количества инвалидов среди пострадавших, имеющих высокую степень утраты профессиональной трудоспособности; увеличение числа людей, вернувшихся к работе в своей профессии или рационально трудоустроенных. Процесс реабилитации должен включать в себя и функции контроля качества выполнения его этапов и их преемственности, т.к. контрольные показатели одного из этапов являются исходными для следующего.

Нуждаются в совершенствовании и подходы к составлению программ реабилитации для пострадавших пенсионного и трудоспособного возраста. Есть ли необходимость ее составления для лиц пенсионного возраста?

Остается дискуссионным вопрос для клинических врачей и центров профпатологии о необходимости санаторно-курортного этапа лечения для больных с профессиональным ларингитом, нейро-сенсорной тугоухостью. В настоящее время центры профпатологии уже не рекомендуют санаторно-курортное лечение для больных с нейросенсорной тугоухостью. Но в заключениях клинико-экспертных комиссий (далее – КЭК) лечебно-профилактических учреждений (далее – ЛПУ) по-прежнему имеются рекомендации в санаторно-курортном лечении. Из этого следует, что требуется тесное взаимодействие различных ведомств на этапах реабилитационного процесса.

Выявилась серьезная проблема в заинтересованности пострадавших в процессе реабилитации. Зачастую они попросту не хотят участвовать в таких программах и утрачивают желание выполнять рекомендации по трудоустройству и реабилитации, опасаясь, что им будет снижен или отменен процент утраты профессиональной трудоспособности при очередном освидетельствовании. А все потому, что суммарный размер ежемесячных страховых выплат и других компенсаций, получаемых в связи с производственной травмой или профессиональным заболеванием, равен или выше прежнего за-



работка. Из этого напрашивается вывод о необходимости законодательно закрепить заинтересованность пострадавших в выполнении программы реабилитации пострадавшего (далее – ПРП).

В индивидуальных беседах с пострадавшими выявились субъективные причины низкой обращаемости за дополнительными видами страхового обеспечения. Например, для многих пострадавших, имеющих право на лекарственное обеспечение, оказалось затруднительным получить рецепты на медикаменты (невозможность получить талон на прием к участковому врачу, большая очередь на прием к узким специалистам).

Наиболее востребованным видом страхового обеспечения является посторонний (специальный медицинский и бытовой) уход и санаторно-курортное лечение. Так, в прошлом году, когда пострадавшие, имеющие в ПРП рекомендации о нуждаемости в санаторно-курортном лечении, обратились в филиал № 5 за получением путевки, оказалось, что при заполнении справки КЭК формы 070/у по месту жительства в поликлинике, у 24 пострадавших выявились медицинские противопоказания к санаторно-курортному лечению. Из них 17 случаев – это хронические заболевания со стороны сердечно-сосудистой системы, зафиксированные в медицинской документации до направления пострадавших в бюро МСЭ для заполнения ПРП. Таким образом, требуется более строгий подход со стороны КЭК ЛПУ к заполнению заключений КЭК при направлении пострадавших на производстве в бюро МСЭ, при этом необходимо указывать не только основное заболевание, но и все сопутствующие, которые могут являться противопоказаниями для лечения основного, т.е. последствий травмы или профзаболевания. Бюро МСЭ не должно рекомендовать реабилитационные мероприятия, в которых не видит необходимости КЭК ЛПУ.

Филиал № 5 Кузбасского регионального отделения Фонда социального страхования РФ производит страховое обеспечение 2776 пострадавших на производстве от несчастного случая и профессионального заболевания, из них, 963 человека – в связи с профессиональным заболеванием, 1747 человек – с травмами на производстве, 113 человек – по смешанным страховым случаям. Из 2776 пострадавших, получающих страховое обеспечение, 208 человек или 7,5 % состоят в трудовых отношениях со страхователем.

Получатели страховых выплат по возрастным группам распределялись следующим образом: до 30 лет – 60 человек, 30-39 лет – 132, 40-49 лет – 551, 50-59 лет – 855, 60-69 лет – 674, 70-79 лет – 495, старше 80 лет – 56 человек. В границах наиболее трудоспособного возраста (до 50 лет) находятся 743 человека, что составляет 26,8 % от всех пострадавших, получающих страховые выплаты на настоящий момент. Среди этой возрастной категории наибольший процент составляют мужчины (более 90 %). Если исходить из того, что из 743 человек трудоспособного возраста только 208 человек (или 28 %) состоят в трудовых отношениях со страхователями, то ЛПУ, учреждениям МСЭ и исполнительным органам Фонда социального страхования РФ, как страховщику, есть над чем работать в плане медицинской, социальной и профессиональной реабилитации.

Из выше изложенного можно сделать выводы:

1. На этапах медицинской реабилитации пострадавших необходима более четкая координация действий ЛПУ, центров профпатологии, учреждений МСЭ, исполнительных органов Фонда социального страхования РФ.

2. Необходимо найти такие методы, чтобы появилась заинтересованность пострадавших в выполнении программы реабилитации.





Н.С. ХАНЧЕНКОВ, В.А. ЧЕРНО

Государственное учреждение – Кузбасское региональное отделение
Фонда социального страхования Российской Федерации,
г. Кемерово

ФИНАНСИРОВАНИЕ ДЕТСКОГО ОЗДОРОВЛЕНИЯ И ОТДЫХА – ОДНО ИЗ НАПРАВЛЕНИЙ РАБОТЫ ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

С целью улучшения здоровья детей школьного возраста Кемеровской области ежегодно, за счет целевых средств Фонда социального страхования Российской Федерации, Государственным учреждением – Кузбасским региональным отделением Фонда социального страхования Российской Федерации финансируется оздоровление детей застрахованных граждан.

Ключевые слова: *дети, диспансеризация, заболеваемость, оздоровление, бюджет фонда социального страхования, санаторно-курортное лечение, детский оздоровительный лагерь.*

В настоящее время в Российской Федерации назрела необходимость выработки сбалансированной социальной политики, чтобы достаточно внимания было отведено, прежде всего, здоровью, мерам по его поддержанию. Важный вопрос, на который должен быть дан ответ: Как сохранить здоровье нации и не допустить отток людей из популяции здоровых в популяцию больных?

Сегодня, по данным академика А. Баранова, на одного здорового родившегося ребенка приходится 10 больных (А.Н. Разумов, 2004). В связи с этим, на первое место должны выйти профилактика заболеваемости и восстановление здоровья на ранних стадиях болезни и, в первую очередь, начинать надо с лечения и оздоровления детей.

В последние годы в России состояние здоровья детей характеризуется ростом распространенности хронических заболеваний. Так, если хронические заболевания в дошкольном возрасте выявляются у 20 % детей, то к окончанию школы – у 40 % подростков (Л.В. Иванова, М.А. Хан, 2003).

В структуре хронических заболеваний детей растет удельный вес нервно-психических нарушений, аллергических заболеваний, экологически обусловленных состояний.

Результаты Всероссийской диспансеризации детей 2002 года показали снижение доли здоровых детей (с 45,5 % до 33,89 %). Состояние здоровья детей, проживающих в сельской местности, хуже, чем у детей, проживающих в городах. Так, если здоровые дети, проживающие в городах, составляют 36,9 %, то в сельской местности этот показатель составил 29,02 %.

Особо обращают на себя внимание показатели здоровья школьников, большинство из которых имеют дисгармоничное физическое развитие. Анализ состояния здоровья школьников в ряде регионов Российской Федерации показал снижение процента абсолютно здоровых детей, который среди младших школьников составил 8-10 %, среди детей среднего возраста – 6-7 %, у старшеклассников – 5 %. Неблагоприятная экологическая обстановка в Кемеровской области, снижение иммунореактив-

ности детского организма, значительный рост аллергической патологии способствуют хроническому течению заболеваний.

В Кемеровской области, из охваченных диспансеризацией 652368 детей – 57,4 % имеют хроническую патологию. В общеобразовательных учреждениях дети с хронической патологией составляют 63,5 %. В области в структуре заболеваемости детей, по данным диспансеризации, превалирует патология костно-мышечной системы, нервно-психические заболевания, патология желудочно-кишечного тракта, болезни глаз и эндокринной системы.

По данным департамента охраны здоровья населения Кемеровской области, 90 % детей нуждаются в оздоровлении, в том числе 51 % детей – в условиях лечебно-профилактических учреждений, 39 % детей – в санаторно-курортных учреждениях.

Среди мер, предусматриваемых по результатам диспансеризации, должны быть меры по расширению возможности более эффективного использования здравниц Кемеровской области для санаторно-курортного лечения детей в течение всего года, поскольку санаторно-курортное лечение является сегодня одним из важнейших звеньев в государственной системе охраны здоровья населения России. Статистика утверждает, что, в результате курса санаторно-курортного лечения и оздоровления, в среднем в два раза снижается уровень трудопотерь по болезням.

Важнейшим условием эффективности оздоровительных воздействий является постоянный характер их проведения. Непрерывность работы по сохранению и укреплению здоровья детей школьного возраста обеспечивается, в том числе, и организацией санаторно-курортного лечения и отдыха детей в период летней оздоровительной кампании, поскольку летние каникулы – большой период времени, который должен быть использован с пользой для здоровья ребенка.

Ежегодно Фонд социального страхования Российской Федерации (Фонд) обеспечивает финансирование оздоровления детей работающих граждан: в течение года – в детских санаторных оздо-



ровительных лагерях круглогодичного действия, в период школьных каникул – в загородных стационарных детских оздоровительных лагерях, а также оплачивает наборы продуктов питания детей в детских оздоровительных лагерях с дневным пребыванием детей.

Ассигнования, предусмотренные бюджетом Фонда социального страхования РФ по Государственному учреждению – Кузбасскому региональному отделению, в 2000 году составили 180,0 млн. рублей, в 2001 г. – 205,0, в 2002 г. – 205,0, в 2003 г. – 233,0, в 2004 г. – 248,0 млн. рублей.

Участие средств обязательного социального страхования в оздоровлении детей рассматривается как мера укрепления здоровья детей, снижения их заболеваемости и, соответственно, уменьшения затрат, связанных с выплатой работающим (застрахованным) гражданам пособий по уходу за больными детьми в возрасте до 15 лет, то есть до исполнения ребенку 16 лет.

Направления расходования средств обязательно социального страхования на оздоровление детей регулируются Федеральным законом “О бюджете Фонда социального страхования Российской Федерации” и распоряжением Правительства Российской Федерации на соответствующий год.

За последние годы в Кемеровской области накоплен положительный опыт работы по сохранению и укреплению здоровья школьников. Руководствуясь указанными выше нормативными документами, Государственное учреждение – Кузбасское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации (региональное отделение), совместно с департаментами администрации Кемеровской области, организует и обеспечивает финансирование оздоровления и отдыха детей работающих кузбассовцев, как нуждающихся в санаторно-курортном лечении в детских санаторных оздоровительных лагерях круглогодичного действия, так и в детских загородных оздоровительных лагерях и в лагерях с дневным пребыванием детей, созданных при общеобразовательных учреждениях городов и районов области.

С целью координации организационно-методической работы по оздоровлению детей, распоряжением администрации Кемеровской области “Об организации отдыха, оздоровления, занятости детей, подростков и молодежи в летний период” ежегодно создаются межведомственные комиссии различного уровня, в состав которых входят управляющий (областная) и директора филиалов (территориальные) регионального отделения.

Работая в контакте с соответствующими органами Администрации Кемеровской области, региональное отделение принимает участие и в установлении средней стоимости путевки (одного койко-дня) в детские загородные лагеря, расположенные на территории Кемеровской области, для определения расчетной величины доли стоимости путевки, оплачиваемой за счет средств обязательного социального страхования.

В области сложилась определенная инфраструктура сферы оздоровления и отдыха детей за счет средств обязательного социального страхования, включающая в себя все виды оздоровительных лагерей.

В 2003 году в Новокузнецком районе Кемеровской области открыт губернский детский санаторный оздоровительный лагерь круглогодичного действия на 300 мест.

Кроме того, детские санаторные оздоровительные лагеря круглогодичного действия работают на базе большинства санаториев и санаториев-профилакториев области. Из них, с 12-ю региональное отделение в 2004 г. заключило договоры на приобретение путевок.

К началу детского летнего оздоровительного сезона 2004 года на территории области были открыты 64 загородных стационарных детских оздоровительных лагеря и 856 детских оздоровительных лагерей с дневным пребыванием детей.

Что собой представляют названные выше оздоровительные лагеря?

Детский санаторный оздоровительный лагерь круглогодичного действия

Может быть как самостоятельным юридическим лицом, так и открытым в установленном порядке на базе санаторно-курортного учреждения, Уставом которого предусмотрена деятельность такого лагеря, как его структурного подразделения.

Как учреждение, указанный лагерь функционирует на основании Устава (Положения). Как санаторно-курортное учреждение – в соответствии с лицензией на осуществление видов медицинской деятельности, согласно Федеральному закону от 08.08.2001 г. № 128-ФЗ “О лицензировании отдельных видов деятельности” и постановлению Правительства Российской Федерации от 04.07.2002 г. № 499 “Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности”.

За счет средств обязательного социального страхования, в 2004 году в санаторные лагеря оплачивается до 400 рублей на одного ребенка в сутки с продолжительностью пребывания 21-24 дня. Максимальный размер оплаты пребывания одного ребенка в сутки в указанных лагерях, расположенных в районах и местностях, в которых в установленном порядке применяются районные коэффициенты к заработной плате, определяется с учетом этих коэффициентов.

Региональное отделение заключает договоры о приобретении путевок только по данной цене (в некоторые – ниже), и выдаются они родителям бесплатно.

Загородный стационарный детский оздоровительный лагерь

В указанный лагерь за счет средств обязательно социального страхования в 2004 году оплачивается:

- до 50 процентов средней стоимости путевки, установленной в субъекте Российской Федерации исходя из фактически сложившихся цен на путевок



ки в загородные лагеря, расположенные на территории этого субъекта;

- до 100 процентов средней стоимости путевки, установленной в субъекте Российской Федерации исходя из фактически сложившихся цен на путевки в загородные лагеря, расположенные на территории этого субъекта, – для детей работников бюджетных организаций, финансируемых за счет средств бюджетов всех уровней, и организаций, финансовое положение которых не позволяет самостоятельно оплачивать путевки.

Детский оздоровительный лагерь с дневным пребыванием детей

Создаются при общеобразовательных учреждениях и работают в соответствии с договорами между региональным отделением, его филиалами, департаментом образования администрации Ке-

меровской области, организаторами и учредителями указанных лагерей.

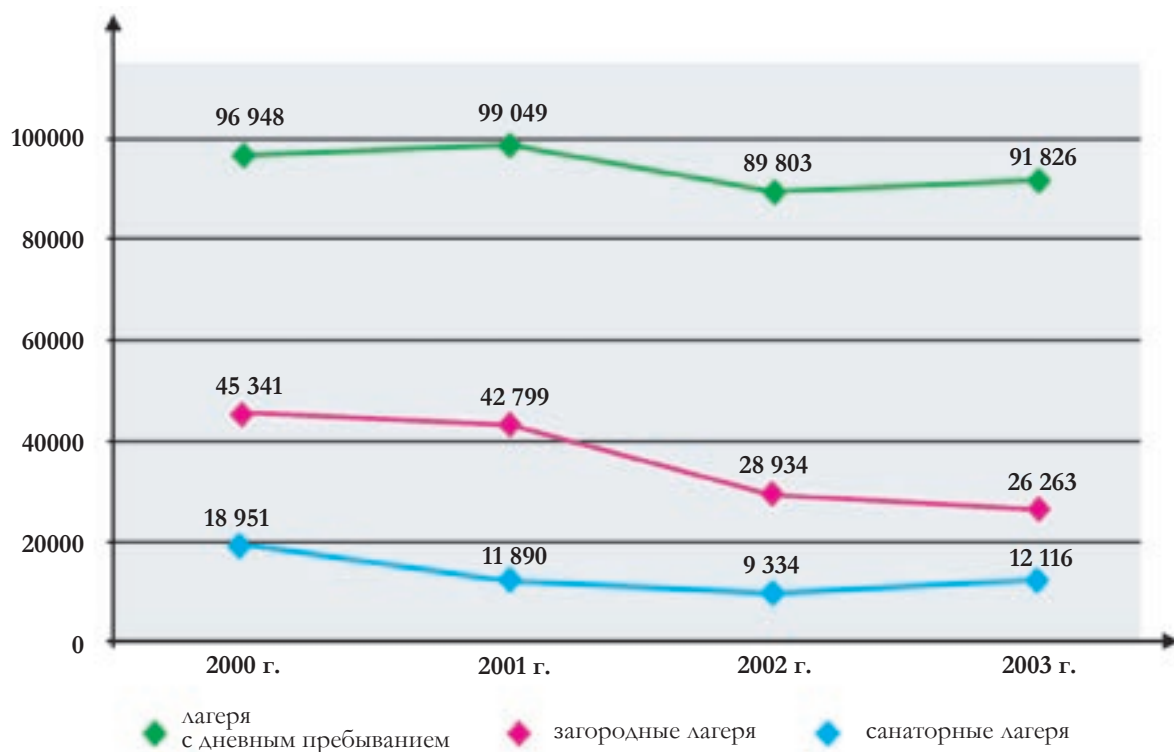
При этом за счет средств обязательного социального страхования в 2004 году производится оплата наборов продуктов питания детей. Стоимость набора продуктов определяется исполнительным органом Фонда, исходя из средних сложившихся в регионе цен на продукты питания.

Динамика оздоровления детей, начиная с 2000 года, представлена на диаграмме.

Из диаграммы видно, что после введения единого социального налога, часть которого поступает в бюджет Фонда социального страхования вместо страховых взносов, количество оздоровленных детей несколько снизилось. Произошло это в связи с тем, что поступление средств в бюджет Фонда резко сократилось.

Диаграмма

Динамика оздоровления детей 2000-2003 гг.



Не умаляя ни в чем значимости всех видов детских оздоровительных лагерей в профилактике заболеваемости и укреплении здоровья детей школьного возраста, хотелось бы подробнее остановиться на возможностях организации санаторно-курортного их лечения по путевкам, оплаченным региональным отделением за счет средств обязательного социального страхования.

Большая роль в комплексном лечении детей с хроническими заболеваниями принадлежит курортным факторам, эффективность использования которых в профилактических и лечебных

целях в здравницах, в том числе Кемеровской области, доказана многолетней практикой их применения.

В связи с тем, что большинство детей школьного возраста с хроническими заболеваниями нуждаются в санаторно-курортном лечении, и с учетом структуры их заболеваемости, региональное отделение, его филиалы и страхователи имеют возможность широко использовать базу детских санаторных оздоровительных лагерей круглогодичного действия Кемеровской области и близлежащих территорий, в том числе лагерей, созданных на ба-



зе санаториев и санаториев-профилакториев. Большинство санаторно-курортных учреждений области имеют соответствующую лечебно-диагностическую и материальную базу для обеспечения лечебно-оздоровительного процесса в соответствии с лицензией на право медицинской деятельности, в том числе по педиатрии.

Комплексный подход к организации оздоровления детей Кемеровской области с использованием средств обязательного социального страхования, областного бюджета, бюджетов территорий и других источников финансирования этой программы не мог не повлиять на состояние заболеваемости детского населения, показатели которой имеют тенденцию к снижению.

Так, если в 2002 году общая заболеваемость составила 1956 детей на 1000 населения соответствующего возраста, то в 2003 году – 1951 (-0,3 %), первичная заболеваемость составила, соответственно, 1587 и 1555 (-2,0 %).

Используя право, предоставленное Фондом социального страхования Российской Федерации, в целях оказания помощи страхователям в организации санаторно-курортного лечения детей, региональное отделение, по заявкам страхователей (через филиалы), в пределах предусмотренных страхователем ассигнований на оздоровление детей, и на условиях, определенных статьей 10 Федерального закона от 08.12.2003 г. № 166-ФЗ “О бюджете Фонда социального страхования Российской Федерации на 2004 год” централизованно приобретает (оплачивает) путевки в детские санаторные оздоровительные лагеря круглогодичного действия.

Практика централизованного приобретения путевок в детские санаторные оздоровительные лагеря круглогодичного действия на договорной основе с санаторно-курортными учреждениями позволяет не только повысить качество и эффективность лечебно-оздоровительных мероприятий, но и сдерживать рост цен на путевки, а так же организовать в некоторые из них заезды и возвращение детей к месту жительства автобусами в сопровождении экипажей ГИБДД, что обеспечивает безопасность детей.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Савоськина, В.И. Финансирование оздоровления детей с участием средств обязательного социального страхования /В.И. Савоськина. //Социальный мир. – 2004. – № 18.
2. Решение коллегии департамента охраны здоровья населения Кемеровской области № 2 от 13 марта 2003 г.
3. Справка к коллегии Министерства здравоохранения Российской Федерации “Об итогах Всероссийской диспансеризации детей 2002 года” //Мать и Дитя в Кузбассе. – 2003. – № 4(15). – С. 3-6.
4. Иванова, Л.В. Актуальные проблемы санаторно-курортного лечения детей-инвалидов /Л.В. Иванова, М.А. Хан. //Вопр. курортол., физиотер. и леч. физ. культуры. – 2003. – № 3.
5. Отдых, оздоровление, занятость детей Кузбасса /Т.А. Фральцова, Н.Г. Круглякова, С.П. Соловьева. Под ред. Н.П. Неворотовой. – Кемерово, 2001.
6. О бюджете Фонда социального страхования Российской Федерации на 2004 год. – Федеральный закон от 08.12.2003 г. № 166-ФЗ.
7. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 05.03.2004 г. № 320-р.

На наш взгляд, централизованное обеспечение страхователей путевками для детей, нуждающихся в санаторно-курортном лечении, за счет средств обязательного социального страхования, позволит региональному отделению, совместно с органами и учреждениями здравоохранения, проводить специализированные заезды детей в некоторые санаторные лагеря, создать в области четкую систему санаторно-курортного лечения детей.

Оздоровление детей в специализированных заездах позволит повысить качество и эффективность их лечения, а так же оказывать целенаправленную медицинскую помощь, например, страдающим сахарным диабетом и т.д.

В дальнейшем, вне зависимости от источника финансирования, необходимо будет четко сформулировать и обосновать государственную программу круглогодичного использования рынка санаторно-курортных услуг для обеспечения профильного лечения и оздоровления детей.

При подготовке нормативных документов по финансированию программ оздоровления детей в 2005 году считаем целесообразным сохранить принцип оплаты путевок в детские санаторные оздоровительные лагеря за счет федеральных источников финансирования из расчета стоимости одного койко-дня.

Оплату стоимости путевок в загородные стационарные детские оздоровительные лагеря предлагать осуществлять:

- до 50 % за счет федеральных и региональных источников финансирования;
- до 100 % за счет федеральных и региональных источников финансирования для работников бюджетных организаций и проживающих и работающих в сельском хозяйстве.

Финансирование лагерей с дневным пребыванием детей, организованных при сельских общеобразовательных учреждениях – за счет региональных источников финансирования, при городских общеобразовательных учреждениях – за счет территориальных источников финансирования.

Система оздоровления и отдыха детей должна стать сферой государственных интересов Россий-



8. Об организации отдыха, оздоровления, занятости детей, подростков и молодежи Кемеровской области в 2004 году. – Распоряжение Администрации Кемеровской области от 05.05.2004 г. № 590-р.

9. Приказ управляющего Государственным учреждением – Кузбасским региональным отделением Фонда социального страхования Российской Федерации от 07.04.2004 г. № 45.

10. Разумов, А.Н. “Круглый стол”. Демографические потрясения. В поисках путей преодоления вымирания россиян. /Мед. газета. – 2004. – № 54.



ДЕТСКОЕ ЛЕТО – ВЗРОСЛЫЕ ЗАБОТЫ

Ауша любого родителя спокойна в том случае, если он уверен, что его дети здоровы. Одним из направлений работы Фонда социального страхования РФ на протяжении многих лет является финансирование детского отдыха и оздоровления в период летних каникул.

Непосредственными проводниками этой программы в нашей области являются филиалы Государственного учреждения – Кузбасского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации. Филиал № 2 накопил достаточно большой опыт работы в этом направлении. Филиал обслуживает гг. Белово, Гурьевск, Салаир, Беловский и Гурьевский районы.

Работа в этом направлении в филиале ведется практически круглый год. В январе подводятся итоги и анализируется работа по оздоровлению детей за предыдущий год. Изучаются правительственные документы и инструкции Фонда социального страхования РФ, по которым надлежит работать в новом году. Вся информация, нормативные документы, которыми располагает филиал на текущий момент, оперативно доводятся до сведения страхователей и представителей органов местной власти, и через рассылку, и через средства массовой информации. Сумма ассигнований на детское оздоровление сообщается заблаговременно. Уже в марте-апреле страхователям известны суммы ассигнований на данную статью расходов и они планируют летнюю оздоровительную компанию.

Как правило, на начальной стадии обсуждается вопрос и о том, с какими именно лагерями предстоит работать. Заключаются договора с санаторно-оздоровительными учреждениями, на базе которых открыты лагеря санаторного типа круглогодичного действия, с загородными оздоровительными лагерями. Эта практика отработана и действует в филиале № 2 на протяжении многих лет. Не менее как за пятнадцать дней до начала сезона, страхователи

представляют в филиал договора, и путевки своевременно оплачиваются.

Из года в год высокие показатели филиала по финансированию отдыха детей в санаторно-оздоровительных и загородных лагерях объясняется многими факторами, в частности тем, что, например, город Белово – особенный. На его территории и на земле Беловского района расположено много угольных предприятий. А УК “Кузбассразрезуголь” и группа “Белон” самым серьезным образом подходят к оздоровлению работающих и их детей. Администрацию этих компаний и убеждать не нужно, как некоторых страхователей, они сами стремятся приобрести как можно больше путевок и, насколько это возможно, расширить географию санаторно-оздоровительных учреждений.

Отличным можно назвать отдых и лечение детей в санаторных лагерях круглогодичного действия. Филиал № 2 сотрудничает и ежегодно продляет договора с местными санаториями-профилакториями “Энергетик” (п. Инской) и “Электрон” (г. Белово), на базе которых открыты названные лагеря, и с рядом круглогодичных учреждений аналогичного направления, рекомендованных региональным отделением фонда. При этом, выбор учреждения определяется не симпатией руководства филиала или регионального отделения, а устоявшейся репутацией учреждения. Если от детей или их родителей поступают жалобы на обслуживание, условия проживания или питание, филиал прерывает контакты о сотрудничестве.

В последние годы, как показала практика, наибольшим спросом, кроме указанных выше, пользуются путевки в лагеря санаторного типа круглогодичного действия “Тимуровец” (Новосибирская область) и “Мечта” (г. Прокопьевск).

Количество оздоровленных детей и суммы средств социального страхования, направленные на эти цели по филиалу № 2, представлены в таблице.

Средства социального страхования, направленные на оздоровление детей

Таблица

	2001 г.		2002 г.		2003 г.		2004 г. (1-е полугодие)	
	Число детей	Сумма (тыс. руб.)	Число детей	Сумма (тыс. руб.)	Число детей	Сумма (тыс. руб.)	Число детей	Сумма (тыс. руб.)
Санаторно-оздоровительные лагеря	981	5304,6	782	3800,4	620	4430,5	381	3023,4
Загородные оздоровительные лагеря	1117	6556,4	2436	6003,2	2471	7278,3	565	1853,6
Лагеря с дневным пребыванием	13192	7208,4	8232	4847,6	11421	5654,1	5467	4201,2
Итого:	15290	19069,4	11450	14651,2	14512	17362,9	6413	9078,2



Наибольшее количество оздоровленных в летние месяцы детей осуществляется благодаря организации лагерей с дневным пребыванием на базе общеобразовательных учреждений (школ). В зависимости от количества сезонов и спроса на такой детский отдых, производится финансирование на оплату стоимости набора продуктов питания для детей. Филиал активно сотрудничает в этом вопросе с администрациями и управлениями образования городов и районов.

Не секрет, что в пришкольные лагеря в дни каникул чаще всего определяют детей из малообеспеченных семей, особенно много таких детей в сельских районах. Поэтому контрольно-ревизионная служба филиала осуществляет особо жесткий контроль за использованием средств, выделенных на финансирование именно лагерей с дневным пребыванием.

В 2002 году провели проверку в 141 лагере, в 2003 году – в 107. Как правило, нарушения носили незначительный характер. Тем не менее, надо сказать, что многих такие проверки дисциплинируют.

Однако, отдых на природе всегда предпочтительнее, чем в школе, в которой ребенок провел всю зиму.

Не каждой территории области удалось сохранить загородные лагеря. Плохое финансирование и не всегда умелое хозяйствование руководителей в условиях рыночной экономики дали свои неутешительные результаты. В гг. Белово, Гурьевске, Салаире, Беловском и Гурьевском районах такого не произошло.

Существенную роль в свое время сыграла дальновидная стратегия по выделению Фондом социального страхования средств на подготовку лагерей к летнему сезону. В 2000-2001 гг. филиалом № 2 проводилась работа с организаторами отдыха и представителями организаций и предприятий, на балансе которых находились загородные оздоровительные лагеря. Заблаговременно готовились сметы, выделялось финансирование и, под контролем сотрудников филиала, производился ремонт. Это была не просто поддержка, а существенное вливание на сохранение и развитие загородных лагерей. Благодаря этой мере, своевременно подготавливались лагеря “Светлый ключ”, “Теплый дом”, лагеря “Молодежный”, “Алые паруса”, “Дельфин”, имени Ю. Гагарина, “Радуга” и “Автомобилист”. Кстати сказать, последний был одним из лучших, но после того, как поступления средств в Фонд социального страхования сократились (в связи с введением единого социального налога) и финансирование за счет средств социального страхования на подготовительный ремонт было прекращено, закрылся.

На подготовку лагерей в 2001 году филиалом было выделено 700 тыс. руб., в 2001 году – 1950 тыс. руб. Сейчас без существенной поддержки со стороны Фонда социального страхования практически все загородные оздоровительные учреждения продолжают существовать, но теперь уже решают вопросы о косметическом ремонте, пользуясь дру-

гими источниками. И, как видно из цифр, приведенных в таблице, 2 года подряд почти 2,5 тысячи детей получают полноценный отдых и оздоровление в загородных лагерях. Низкая цифра текущего года – только за счет того, что в отчет за полугодие попали данные за первый июньский заезд.

Вся работа по оздоровлению детей проводится совместно с администрациями и управлениями образования обслуживаемых филиалом городов и районов.

Из 10 детских оздоровительных лагерей, находящихся на обслуживаемой филиалом территории, 9 муниципальных. Приведенные выше цифры количества детворы, отдохнувшей летом в загородных условиях, говорят о том, что администрация городов и районов очень серьезно относится к здоровью детей.

О совместной работе лучше расскажут руководители данных государственных служб, с которыми филиал тесно сотрудничает.

“...Работники филиала № 2 из года в год, на правах пахаря, тянут нелегкий груз оздоровления подрастающего поколения. Сотрудничество филиала № 2 в вопросах оздоровления детей с управлением образования Беловского района близко к идеальному. Всегда искренни, с большим пониманием и желанием стремятся подсказать, предлагают любые методические рекомендации – пожалуйста! Всегда рады поддерживать, найти решение – это ли не государственный подход...”. Так высказался по поводу совместной работы начальник управления образования Беловского района Михаил Яковлевич Нехорошев.

Далее он рассказал о том, как ежегодно управление образования намечает мероприятия по оздоровлению крестьянских мальчишек и девчонок, и как эти инициативы встречают в филиале: **“...Не буду углубляться в историю. Ежегодно мы имеем одну и ту же положительную картину. Давайте говорить на примере этого года. Мы располагаем техническими возможностями организовывать только лагеря дневного пребывания. В этом году мы проработали два сезона. Наши заявки удовлетворены полностью. На питание каждого ребенка выделены средства, из расчета сорок рублей в сутки на 21 день. В филиале работа поставлена на уровне строжайшей дисциплины. Сегодня обоснованная заявка – через два дня деньги на счете. Но и спрашивают жестко, но не жестоко...”.**

“...Отрадно, что филиалом предоставляются не только средства для оплаты питания, но и предлагаются путевки в лагеря, открытые на базе санаториев-профилакториев, и другие. Благодаря этой тактике, мы можем оздоровить наших детей в таких лагерях как “Тимуровец...”, – продолжила тему



заместитель главы Гурьевского района Галина Михайловна Зубакова.

“...В Гурьевском районе шесть общеобразовательных учреждений, при них организованы летние лагеря дневного пребывания. В этом году на два летних сезона заезжали по триста пятьдесят детей. Нам легко работать с филиалом № 2 регионального отделения Фонда соцстраха. В процессе подготовки кампании мы всегда уверены, что с финансированием проблем не будет. Вот и в этом году наши интересы были полностью удовлетворены, филиалом на детское питание было выделено 509,3 тыс. руб....” – это мнение высказано уже другим человеком – методистом отдела образования Гурьевского района Меркушиной Еленой Анатольевной.

“...На протяжении многолетнего сотрудничества мы никогда не получали отрица-

тельного ответа по вопросам финансирования детской оздоровительной программы. В последние годы Фондом социального страхования оплачивается дневной рацион питания детей в детских оздоровительных лагерях дневного пребывания. Управлением образования г.Белово организованы лагеря при 31 общеобразовательной школе...” – эти слова прозвучали от методиста управления образования города Белово Чичоговой Татьяны Петровны.

Закончится летняя детская оздоровительная кампания, но работа филиала в этом направлении продолжится. В осенне-зимний период филиал финансирует лечение детей в лагерях санаторного типа круглогодичного действия. На будущий год все повторится, если, конечно, в бюджете Фонда социального страхования РФ на 2005 год будет заложена статья “Оздоровление детей”.





С.П. МАНЬКОВ, О.Д. КОЖЕВНИКОВА, Е.В. ЛИСЕЦКАЯ, Л.В. ЛЯПУНОВА,
А.Г. ФИЛИЧЕВ, А.Г. ЩЕДРИНА, Н.С. ХАНЧЕНКОВ

Детский оздоровительный лагерь санаторного типа круглогодичного действия “Тимуровец”
г. Новосибирск,

Государственное учреждение – Кузбасское региональное отделение
Фонда социального страхования Российской Федерации

ПРОГРАММА “ПЕДАГОГИКА ЗДОРОВЬЯ” КАК СОВРЕМЕННАЯ ФОРМА ОЗДОРОВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ

Современные научные исследования, в том числе материалы ВОЗ, убедительно показывают роль самого человека, его образа жизни в формировании и поддержании уровня индивидуального здоровья, адекватного требованиям среды обитания.

В связи с этим, закономерна постановка вопроса о необходимости обучения здоровому образу жизни (ЗОЖ) с первых лет жизни. В настоящее время предложены различные программы, формы работы с детьми в период учебы в средней школе. Одним из условий при этом является не только теоретическое осмысление и закрепление навыков гигиенического поведения, но и создание соответствующего оздоровительного пространства, включающего режим питания, движения, психологического комфорта, взаимопонимания воспитателя (учителя) и ребенка.

Одной из форм оздоровительной работы с детьми, формирования мотиваций к здоровью и ЗОЖ, является организованный летний отдых и пребывание в санаторно-оздоровительных лагерях. Опыт работы детского санаторно-оздоровительного лагеря круглогодичного действия “Тимуровец” свидетельствует о возможности проведения этой работы с детьми при соблюдении определенных условий. Прежде всего, потребовалось изменить содержание и структуру оздоровительной программы, от идеи сохранения здоровья перейти на задачи его развития и формирования. Это потребовало определить сущность индивидуального здоровья и роль медицинской, педагогической и административно-хозяйственной службы в комплексном решении проблемы, разработки научной концепции организации работы лагеря на основе данных практического здравоохранения.

Исходными положениями при разработке комплексной оздоровительной программы АСОЛКД “Тимуровец”, было следующее:

- результаты диспансеризации детей и подростков 2002 г., выявившей ухудшение состояния здоровья подрастающего поколения;
- медико-биологические (в т.ч. психологические) особенности возрастного периода 7-15 лет, являющегося сенситивным (повышенно чувствительным) к факторам внешней среды, социальным воздействиям;
- возрастные влияния на организм человека, особенно детей, экологического фактора, антропогенных загрязнителей в месте постоянного проживания;

- отношение к индивидуальному здоровью, как целостному состоянию организма, включающему, помимо какого-либо заболевания или физического дефекта, оценку уровня и гармоничности физического развития, резервные возможности организма, неспецифическую устойчивость (закаленность), способность выводить метаболиты (продукты обмена веществ, “шлаки”), личностно-мотивационные качества;

- положение ВОЗ о роли здорового образа жизни в поддержании адекватного уровня здоровья;

- положение ВОЗ о том, что за качество здоровья отвечает, прежде всего, сам человек, из чего следует, что здоровью надо учить.

Исходя из указанных положений, и учитывая, что заболевания и отклонения в состоянии здоровья детей, направляемых в лагерь, находятся в стадии компенсации, комплексная оздоровительная программа получила название “Педагогика здоровья”. Основные цели программы были определены следующим образом:

- формирование у детей мотиваций к здоровому образу жизни,

- обучение правилам гигиенического поведения на фоне общего оздоровительного режима всей лагерной жизни,

- коррекция нарушений здоровья силами медицинского блока и педагогического коллектива.

Как видно из перечисленного, комплексная программа имеет оздоровительно-образовательный характер. В ее реализации принимает участие весь медицинский и педагогический коллектив; весь режим жизни лагеря отражает возможность практической реализации программы, принцип единства слова и дела.

При разработке программы были определены концептуальные основные положения. Прежде всего, это состояние здоровья современных детей. По результатам диспансеризации детского контингента в 2002 году, на первом месте оказались изменения в опорно-двигательном аппарате, в частности различные нарушения осанки, что связано с низким функциональным состоянием скелетной мускулатуры. Последнее является результатом нерационального питания в процессе роста и развития организма, низкой двигательной активности, неадекватного физического воспитания.

На втором месте по частоте распространения были изменения со стороны органа зрения – близорукость (миопия), что тесно связано с первым фактором (ослабленной мускулатурой организма), прове-



дением длительного время перед телевизором, общением с компьютером.

Простудные заболевания в структуре общей заболеваемости связаны, прежде всего, с низкой неспецифической устойчивостью (закаленностью детского организма).

Высок процент детей с жалобами на органы пищеварения (в том числе, нарушения стула), что может быть результатом дисбактериоза. (Существует точка зрения, подтвержденная научными исследованиями, что у многих, кто в своей жизни принимал антибиотики, а это практически все, может развиться дисбактериоз, в связи с гибелью и полезной микрофлоры).

Немаловажное значение имеют медико-биологические особенности организма детей 7-15 лет. Известно, что возрастной период 7-14-15 лет в биологической науке принято называть препубертатным и подростковым (пре- и пубертатный), который имеет особенности не только в плане количественных характеристик органов и систем, физического развития, но представляет собой совершенно уникальное качественное состояние всех процессов в организме, в том числе в психической сфере. К 14-15 годам происходит биологическое созревание организма у большинства подростков, особенно девочек. Но при этом часто наблюдается психологическая инфантильность, отставание в развитии духовности, от которых зависит критическое отношение к себе и окружающей действительности.

Этот период детства в науке называется сенситивным (чувствительным) к действию различных социальных, в том числе оздоровительно-образовательных влияний, как позитивных, так и негативных. Это связано с тем, что в эти годы снижается влияние на развитие организма наследственных (генетических) факторов. Этим самым открываются большие возможности целенаправленного воздействия социальных факторов на организм и личность подростка. В зависимости от того, в какой среде происходит развитие подростка, закладываются основы его будущего здоровья, физического и психического состояния. Этот пластичный для воздействия среды период называют критическим; от его содержания, образа жизни зависит будущее человека; упущенное в этот период развития бывает трудно, а иногда и невозможно, наверстать в последующие годы, после 16 лет.

Медико-биологические особенности подросткового возраста, связанные с усилением влияния на организм в этот период социальных факторов, являются научным обоснованием использования пребывания детей и подростков в лагере для эффективной реализации оздоровительно-образовательной комплексной программы.

При разработке программы учитывалось влияние экологического фактора, в частности, роль антропогенных загрязнителей в состоянии здоровья детей.

XXI век, по материалам ВОЗ, называют веком экологической медицины, поскольку накоплены

убедительные данные о негативном влиянии на здоровье детей антропогенных загрязнителей, о накоплении их во внутренней среде (межклеточном пространстве) организма и провоцировании ряда заболеваний органов дыхания, кожных покровов, суставов, снижающих иммунитет и работоспособность и повышающих утомляемость, напряженность физиологических процессов жизнедеятельности.

Кроме этого, игнорирование научными основами здорового питания (в т.ч. дефицит витаминов в условиях Сибири и многих микроэлементов), в связи с недостаточными знаниями или социально-экономическим положением семьи, формирует нарушение минерального постоянства (гомеостаза) внутренней среды организма.

В связи с этим, современной наукой предложены методы эндозкологической реабилитации организма, помогающие выведению чужеродных продуктов обмена веществ (т.н. шлаков) и восстанавливающие минеральный гомеостаз. Это также было принято во внимание при разработке комплексной программы оздоровления в условиях лагеря.

Существенное значение в разработке и реализации комплексной программы имеет отношение к индивидуальному здоровью, как целостному состоянию организма. Любая оздоровительная программа должна быть адекватна научным представлениям об индивидуальном здоровье. При разработке данной программы за основу было принято представление о здоровье, как целостном состоянии организма (А.Г. Щедрина, 1989, 2003).

К показателям здоровья, при целостной его оценке, относятся следующие: уровень и гармоничность физического развития; резервные возможности организма; иммунитет и закаленность; наличие (или отсутствие) хронического заболевания или дефекта развития; способность организма выводить метаболиты (продукты обмена веществ, "шлаки"); уровень морально-волевых и целостных установок (психическое состояние, определяющее образ жизни человека).

Важнейшим правилом любой системы является следующее: если усиливается (или ослабляется) какой-либо из показателей (в т.ч., здоровья), такие же изменения наблюдаются на целостном уровне. Поэтому, исходя из данного принципа, в период пребывания ребенка в лагере имеется возможность целенаправленного воздействия на отдельные звенья здоровья (в данном случае, укрепление скелетной мускулатуры, закаливание, повышение иммунитета, улучшение функционального состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем, нормализация минерального обмена, коррекция дисбактериоза). Все это позволит повысить уровень индивидуального здоровья и закрепить правила поведения, отвечающие требованиям здорового образа жизни.

Возможность реализации предлагаемой комплексной оздоровительной программы обусловлена наличием лечебно-оздоровительной базы, в состав которой входят физиокабинет (13 видов процедур),



кабинет ингаляций, процедурный кабинет, кабинет бальнеологии (гидромассаж, водолечебная душевая каюта), стоматологический кабинет, спелеокабинет. Кроме этого, имеются залы ЛФК, дорожки здоровья, бассейн, спортзал, танцзал, спортивные площадки, тренажеры, спортивный инвентарь.

Поскольку программа носит название “педагогика здоровья”, большое значение имеют педагогические технологии организации жизнедеятельности детского сообщества. Обстановка детского оздоровительного учреждения загородного типа существенно отличается от домашней, позволяет обрести опыт общения с природой. Совместное проживание детей формирует способы совместной жизнедеятельности в группе сверстников, обучает детей поведению в сообществе. Альтернативу интенсивности такого общения трудно встретить в обычной жизни, поэтому для многих детей лагерь является не только местом отдыха, но и своеобразной школой жизни, открытием себя, своего “Я”. Разумная организация досуга формирует навыки проведения отдыха. Именно личное участие в программах лагеря способно создать такой ценный значимый опыт, который будет сопровождать человека всю жизнь. Важнейшим моментом деятельности лагеря являются взаимоотношения с педагогами, вожатыми, построенные на гуманистических основаниях. Именно они создают ту неповторимую уникальную психологическую атмосферу, которой отличается образовательно-воспитательное пространство каждого лагеря.

В системе детского оздоровительного лагеря потенциально заложены условия, обеспечивающие разнообразные виды деятельности, общения, а если говорить о санаторном оздоровительном лагере, то и сохранения здоровья. Это создает определенное образовательно-воспитательное пространство, попадая в которое ребенок реально может выбрать то, что его привлекает, интересует, развивает.

В новых условиях ребенок не испытывает непосредственного влияния школы и школьного сообщества сверстников. Расширяется поле социально-го взаимодействия ребенка, меняется круг его об-

щения, как со взрослыми (педагогами, вожатыми, обслуживающим персоналом и т.д.), так и со сверстниками. Среда детского оздоровительного лагеря (материальная, педагогическая, психологическая, содержательная) и сверстники становятся ведущими факторами развития и условиями формирования личности.

Основываясь на данном положении необходимо, чтобы педагогический коллектив был готов осуществлять комплексную программу здоровья. Он становится носителем санаторной оздоровительной программы лагеря.

Комплексная оздоровительная программа предусматривает подчинение всех культурно-образовательных мероприятий общей цели – достижению максимального эффекта по оздоровлению детей в период пребывания в лагере санаторного типа при использовании возможностей медицинского блока (лечебные процедуры) и педагогического коллектива вожатых по реализации программы “Педагогика здоровья”.

Таким образом, учитывая особенности воспитательной среды лагеря (психологический климат, культура питания, активный двигательный режим, на фоне высокой пластичности детского организма к усвоению позитивных навыков) и значение взрослого в условиях лагеря, здоровье-охраняющие и здоровье-развивающие технологии более эффективны, как показали наши исследования, в условиях санаторного оздоровительного лагеря, так как их носителями являются вожатые и педагоги. Элементы физической культуры (лечебная, корректирующая) включены в отрядные и досуговые программы смены. Педагоги и вожатые готовы к осуществлению оздоровительных комплексов и некоторых профилактических и диагностических мероприятий (функциональные пробы, оздоровительные зарядки, танцевальные оздоровительные движения, правила поведения в столовой и т.д.). Поэтому программа “педагогика здоровья” с полным основанием может рассматриваться как одна из эффективных современных форм оздоровления детей в условиях санаторного оздоровительного лагеря.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕТСКОГО ЛАГЕРЯ САНАТОРНОГО ТИПА КРУГЛОГОДИЧНОГО ДЕЙСТВИЯ

В представленном материале рассказано об опыте работы детского оздоровительного лагеря санаторного типа круглогодичного действия по разработке и внедрению комплексной оздоровительной программы для детей школьного возраста.

Ключевые слова: *организованный отдых, детский оздоровительный лагерь санаторного типа круглогодичного действия, здоровый образ жизни, комплексная оздоровительная программа “Педагогика здоровья”.*

В последние годы накоплено достаточно много данных о том, что проблему здоровья нельзя решить только силами органов здравоохранения.

Установление зависимости индивидуального здоровья от образа жизни (питание, двигательный режим), отношения к курению, наркотикам, алкоголю, психологического микроклимата в семье и школе и т.п. выдвинуло на первое место задачу обучения детей правилам здорового образа жизни (ЗОЖ), гигиенического поведения, формирования положительных мотиваций к индивидуальному здоровью, обеспечивающему соответствующее качество жизни.

Известно, что ценностные мотивации (внутренние личностные) воспитываются и закрепляются в раннем возрасте, в соответствии с закономерностями биологического (в т.ч., психического) развития человека.

В настоящее время принято рассматривать образовательный процесс детей параллельно с оздоровительным, и в целостном непрерывном временном пространстве, поскольку гармоничное развитие подрастающего поколения подразумевает, наряду с реализацией интеллектуального потенциала личности, формирование духовности, нравственности и здоровья индивида.

Период организованного отдыха, который свободен от учебной нагрузки, позволяет акцентировать внимание педагогического коллектива на целенаправленном формировании мотиваций к здоровому образу жизни на фоне общего оздоровительного режима всей жизни лагеря.

Поэтому эти идеи были заложены в разрабатываемую комплексную программу оздоровления детей в Детском оздоровительном лагере санаторного типа круглогодичного действия “Тимуровец” (детский лагерь “Тимуровец”), лечебная и педагогическая база которого позволила приступить к реализации этой программы.

Медицинская база детского лагеря “Тимуровец” включает физиокабинет (13 видов лечения), кабинет ингаляций (6 типов процедур), процедурный кабинет, кабинет бальнеологии (гидромассаж, водолечебная душевая каюта), стоматологический кабинет, спелеокабинет. Медицинская база постоянно пополняется и совершенствуется, внедряются современные методики.

Оздоровительная база предусматривает залы ЛФК, дорожки здоровья, бассейн, спортзал, танцзал, спортивные площадки, тренажеры, различный спортивный инвентарь и т.д.

Психолого-педагогическая и методическая подготовка вожатых проводится на базе Межвузовской школы вожатых (программа получила Грант 3-й степени на Всероссийском конкурсе вариативных программ в сфере оздоровления и отдыха детей в 2003 г.).

Комплексная оздоровительная программа предусматривает постановку единой цели для оздоровительного и педагогического направления деятельности детского лагеря “Тимуровец” и подчинение всех мероприятий цели – достижению максимального эффекта по оздоровлению детей в период пребывания в лагере санаторного типа.

Использование возможностей медицинского блока (лечебные процедуры) и педагогического коллектива вожатых рассматривается нами как “Педагогика здоровья”.

Возможность и целесообразность привлечения вожатых к оздоровительно-педагогической деятельности обусловлена результатами диспансеризации детей в 2002 году, когда наиболее распространенными отклонениями в состоянии здоровья оказались различные нарушения в опорно-двигательной системе, дефекты осанки (слабость функционального состояния скелетной мускулатуры), простудные заболевания (необходимость закаливания организма) и различные отклонения по органам и системам в стадии компенсации.



При разработке комплексной оздоровительной программы учитывались биологические (в т.ч., личностные) особенности возрастного периода 7-15 лет, который является сенситивным (повышенно чувствительным) к воздействию факторов внешней среды. На фоне генетически обусловленной пластичности детского и подросткового организма предполагалась реальная возможность достижения оздоровительного эффекта при целенаправленном действии на индивидум средств и методов предложенной программы.

Целесообразность включения в комплексную программу различных средств и методов оздоровления связана с отношением к индивидуальному здоровью, как целостному многомерному динамическому состоянию организма (А.Г. Щедрина, 1989), включающему такие показатели, как уровень и гармоничность физического развития, резервные возможности различных систем, состояния иммунитета и неспецифической резистентности, способность выводить метаболиты (токсины, “шлаки”), уровень морально-волевых и ценностно-мотивационных установок (психологический статус), а также наличие или отсутствие каких-либо отклонений, заболеваний того или иного органа. Такой методологический подход к понятию и структуре индивидуального здоровья (системный, целостный) позволил выделить в программе два раздела – медицинский и педагогический – и рассматривать последний как “Педагогику здоровья”.

Основной принцип раздела “Педагогика здоровья” – здоровью и здоровому образу жизни надо обучать, целенаправленно используя весь режим жизни в лагере: психологически благоприятная обстановка, питание, двигательный режим, культурно-досуговые программы.

Такая постановка вопроса обусловила отношение к вожатым как носителям педагогики здоровья и здорового образа жизни, что включено в программу их подготовки по линии “вожатый – дети”. Теоретическая подготовка педагогов, студентов к организации оздоровления детей и подростков преследует задачи накопления медико-биологических знаний и их систематизацию по вопросам современных подходов к понятию и структуре индивидуального здоровья, педагогическим возможностям формирования здорового образа жизни, повышения осознанного отношения к своему здоровью, как высшей ценности, передачу своего положительного опыта детям не путем лекций и нравоучений, а всем стилем отрядной жизни, культурно-досуговыми делами. Например, методика укрепления мускулатуры и формирования правильной осанки отрабатывается в период танцевальных вечеров, дискотек.

Традиционно, в период пребывания в санаторных детских лагерях большое внимание уделяется проблеме рационального питания. Следует заметить, что различные оздоровительные программы для детского контингента, уделяя должное внимание проблеме питания, не всегда отражают многомерность его возможностей влияния на здоровье

индивида как целостного организма. Особую актуальность этот вопрос приобретает в условиях неблагоприятной экологической обстановки, антропогенной загрязненности окружающей среды (воздух, вода, почва), характерной для крупных городов Западной и Восточной Сибири (в том числе, г. Новосибирск, Кемерово).

Помимо выполнения пластической и энергетической функций поддержания стабильности внутренней среды (гомеостаза, гомеореза) и оптимальной массы тела, в современных условиях экологического прессинга важно учитывать необходимость выведения из организма метаболитов (продуктов обмена), получивших в последние годы название “шлаков”. Последние включают попадающие во внутреннюю среду организма (межклеточное пространство) чужеродные, “абиологические” вещества, которые, в конечном результате, снижают иммунитет, делают организм “открытым” для любых патогенных микробов и вирусов.

Современная наука располагает методами выведения из организма этих биологически чужеродных соединений, в том числе радионуклидов, солей тяжелых металлов, с помощью модификации питания – природных продуктов, получивших названия сорбентов.

Также с помощью питания решается проблема восстановления нормального минерального гомеостаза, поскольку существует признанный наукой дефицит йода, селена, кальция и многих других микро- и макроэлементов. Минеральный гомеостаз – это часть общей гомеостатической системы организма, нарушения которой отражаются на способности организма к адаптации, особенно в экстремальных условиях, чем характеризуется современная экологическая ситуация. Поэтому наиболее действенными профилактическими методами, возможными в массовом использовании и отвечающими задачам экологичности, является оздоровительное питание и применение саногенетически и патогенетически обоснованных природных пищевых добавок.

Концепция государственной политики в области здорового питания населения Российской Федерации (одобрена постановлением Правительства РФ от 10.08.1998 г. № 917) представляет собой комплекс мероприятий, направленных на создание условий, обеспечивающих удовлетворение потребностей различных групп населения в рациональном здоровом питании, с учетом их традиций, привычек и экономического положения, в соответствии с требованиями медицинской науки. В концепции, при определении основных задач государственной политики, неоднократно обращается внимание на расширение применения витаминов, минеральных веществ, достаточных для ликвидации существующего дефицита витаминов, макро- и микроэлементов (железа, кальция, йода, фтора, селена и др.), в первую очередь, в экологически неблагоприятных районах, на создание образовательных программ для населения.



Именно эти основополагающие принципы положены в основу организации оздоровительного питания в период пребывания детей в лагере. Участие педагогов, вожатых в реализации программы здорового питания состоит в воспитании у детей правил поведения в столовой, за столом, умения пользоваться столовыми приборами, салфетками, в объяснении полезности тех блюд, к которым дети, в силу ряда причин, не привыкли в домашних условиях и т.п.

К этому же относится поддержание правильной осанки во время приема пищи. По данному вопросу разработана подпрограмма “Культура питания”, которая является частью здорового образа жизни, и которую дети воспринимают с большим интересом.

Вопросы здорового питания в лагерной жизни рассматриваются нами в совокупности с адекватной двигательной активностью. Укрепление мышечной системы с целью профилактики и коррекции нарушений осанки и плоскостопия может быть достигнуто при условии полноценного питания, насыщения организма всеми необходимыми ингредиентами (белки, жиры, углеводы, витамины, минералы).

Кроме этого, программа оздоровительного питания учитывает распространенный среди детей дисбактериоз (как результат бессистемного применения антибиотиков). В комплексе, на фоне общепринятых правил организации питания, в период пребывания в лагере, путем внедрения современных научных разработок, достигается сорбция экологически неблагоприятных веществ, ионнообмен

(использование природных цеолитов) и восстановление нормальной микрофлоры кишечника.

Предварительный анализ результатов внедрения комплексной программы в лагере “Тимуровец” (октябрь-ноябрь 2003 г.) показал, что, при условии создания психологически позитивной обстановки, рационального, научно-обоснованного питания, активного двигательного режима (занятия ЛФК, спортивные мероприятия), максимального пребывания на свежем воздухе в комфортном пригородном районе (лесная зона), у подавляющего большинства детей улучшилось функциональное состояние сердечно-сосудистой, дыхательной и мышечной систем. По результатам массового тестирования выяснилось, что повысилось и эмоциональное состояние.

Обратило на себя внимание исчезновение кожных проявлений атопического дерматита, псориаза. В связи с этим, устанавливаются контакты с органами здравоохранения по месту жительства детей с целью продления используемой в лагере методики оздоровления.

В настоящее время анализируются все стороны лагерной жизни по повышению эффективности оздоровительно-образовательного процесса, участие в этом процессе всего персонала – административного, педагогического, медицинского, технического.

При этом следует принять во внимание, что педагогический и медицинский коллективы не противостоят друг другу, а конструктивно взаимодействуют в профилактическом аспекте, направленном на сохранение и развитие здоровья.





ПРАВОВАЯ РАБОТА В ИСПОЛНИТЕЛЬНОМ ОРГАНЕ ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В любом обществе, независимо от его экономического и политического устройства, всегда есть люди, которые, в силу естественных, не зависящих от них причин, не могут собственными усилиями обеспечить себя средствами к существованию.

К числу таких людей относятся, прежде всего, дети и старики. Первые “еще”, а вторые “уже”, нетрудоспособны. Кроме того, ряды нетрудоспособных может пополнить любой человек, потерявший способность трудиться временно либо постоянно в связи с расстройством здоровья, произошедшим в быту или на производстве. Поэтому данная категория людей нуждается в помощи государства.

Одной из организационно-правовых форм помощи государства является обязательное социальное страхование, которое в настоящее время в России осуществляют три государственных внебюджетных фонда, на основании Федерального закона от 16.07.1999 г. № 165-ФЗ “Об основах обязательного социального страхования” и федеральных законов о конкретных видах обязательного социального страхования.

При этом наибольшее число видов страхового обеспечения производит Фонд социального страхования Российской Федерации. Так, за счет средств Фонда социального страхования осуществляются два вида обязательного социального страхования, по которым выплачивается 19 видов обеспечения по страхованию. Управление средствами Фонда социального страхования РФ на территории Кемеровской области осуществляет его исполнительный орган – Государственное учреждение – Кузбасское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации (далее – региональное отделение).

Наличие такого количества видов обеспечения по страхованию влечет, соответственно, большую нормативно-правовую базу, которая в настоящее время не совсем идеальна. Так, законодательство по первому виду обязательного социального страхования (по государственному социальному страхованию) не соответствует новым условиям хозяйствования в стране, так как принималось еще в доперестроечный период. Законодательство же по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний является достаточно новым, имеет большое количество пробелов и неясностей.

В целях обеспечения стабильной работы по осуществлению обязательного социального страхования, создан и функционирует отдел правового обеспечения регионального отделения, перед которым поставлены следующие задачи:

- правовое обеспечение деятельности регионального отделения и защита его законных прав и интересов;

- осуществление контроля за соблюдением законодательства Российской Федерации региональным отделением и его филиалами;

- оказание консультативно-разъяснительной помощи страхователям и застрахованным по вопросам обязательного социального страхования;

- обобщение и анализ законодательства об обязательном социальном страховании с целью внесения предложений по его изменению или дополнению в органы, обладающие законодательной инициативой.

Первый, традиционный вид социального страхования, действующий в России много лет, хоть и не соответствует современным условиям хозяйствования, но отработан многолетней практикой.

Второй вид обязательного социального страхования, введенный в действие с 6 января 2000 г. Федеральным законом от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ “Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний” (далее – Федеральный закон № 125-ФЗ), вызвал резкое увеличение количества исков к Фонду социального страхования РФ по делам о возмещении вреда здоровью, причиненного трудовым увечьем или профессиональным заболеванием.

Так, по данным областного суда, в 2001 году судами Кемеровской области по данной категории дел рассмотрено и вынесено 846 решений, в 2002 году – 884, в 2003 году – 982 решения. Таким образом, количество дел по искам о возмещении вреда здоровью, причиненного трудовым увечьем или профессиональным заболеванием, ежегодно возрастает. В связи с этим, основным направлением работы отдела правового обеспечения Кузбасского регионального отделения и юрисконсультов его филиалов является защита интересов фонда в судах общей юрисдикции.

Данная статистика сразу поднимает вопрос о причинах обращения застрахованных (пострадавших на производстве) в суд.

Принятие Федерального закона № 125-ФЗ и введение нового вида обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний было обусловлено тяжелой социально-экономической ситуацией в стране, складывавшейся в конце двадцатого века. Спад производства, тяжелое финансовое положение предприятий, влекущее задержку исполнения ими своих обязательств перед пострадавшими; отсутствие практической возможности получать возмещение вреда при ликвидации организации-при-



чинителя вреда; занижение работодателем размера выплат путем неверного их исчисления; отсутствие медицинской, профессиональной и социальной реабилитации и т.д., – все это требовало срочного принятия каких-то мер.

Поэтому Федеральный закон № 125-ФЗ стал одним из немногих, реально защищающих конституционные права граждан, потерявших здоровье на производстве. Социальная направленность Закона очевидна: он взял под защиту тех граждан, чьи предприятия обанкротились и ликвидировались, и кто остался наедине со своей бедой.

Часть исков получателей страхового возмещения к региональному отделению связана с ошибками, которые были допущены еще причинителями вреда при расчете ежемесячных выплат. Региональное отделение в 2000 году приняло 20622 личных учетных дела от предприятий-причинителей вреда. Проверить правильность расчета ежемесячных выплат специалисты были не в состоянии, т.к. срочно необходимо было, причем без задержки, производить выплаты.

Но большая часть исков застрахованных связана с пробелами в законодательстве, либо в его несовершенстве. Так, одной из проблем являлся порядок индексации заработка, используемого для расчета ежемесячных страховых выплат.

В соответствии с п. 10 ст. 12 Федерального закона № 125-ФЗ, в связи с повышением стоимости жизни, суммы заработка, из которого исчисляется ежемесячная страховая выплата, увеличиваются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. Такой порядок частично был определен абз. 1-2 п. 2 Постановления Верховного Совета Российской Федерации от 24 декабря 1994 года № 4214-1, в соответствии с которым суммы заработка увеличивались на установленные коэффициенты года и повышающие коэффициенты 3 и 6. Применение других коэффициентов к суммам заработка данное постановление не предусматривало.

Однако судебные органы пошли по своему пути индексации заработка и до недавнего времени применяли к суммам заработка коэффициенты роста минимального размера оплаты труда (МРОТ), в результате чего размер ежемесячных страховых выплат по решению судов становился в несколько раз выше, чем по расчетам Фонда.

Такая судебная практика породила представление о том, что региональное отделение умышленно неверно производит расчет ежемесячных страховых выплат и, тем самым, экономит свои средства. Следствием всего этого стало массовое обращение застрахованных в суды общей юрисдикции с заявлениями о перерасчете ежемесячных страховых выплат с применением коэффициентов МРОТ. Поскольку такая позиция поддерживалась Кемеровским областным судом, городские и районные суды Кемеровской области автоматически принимали решения в пользу застрахованных.

Отдел правового обеспечения и юрисконсульты филиалов пытались обжаловать в кассационной

и надзорной инстанции каждое такое решение. И только после полутора лет такой работы Судебная коллегия по гражданским делам Верховного суда РФ, в своем письме от 15 октября 2003 года, указала, что позиция судов по применению коэффициентов МРОТ к суммам заработка, используемым для исчисления среднемесячного заработка, не основана на законе и не подлежит применению, поскольку такого порядка индексации действующим законодательством не предусмотрено. Те же решения судов, которые были вынесены по данному вопросу до разъяснения Верховного суда, в настоящее время отменяются Кемеровским областным судом по надзорным жалобам регионального отделения.

Можно было бы поставить точку на этом. Однако некоторые районные и городские суды Кемеровской области пытаются вновь внедрить какой-нибудь новый механизм индексации сумм заработка, что может повлечь новое массовое обращение застрахованных в суд. При этом почему-то у судебных органов не возникает вопрос, а к чему же приводят их эксперименты.

Кроме того, к одной из причин обращения застрахованных в суд можно также отнести их психические настрояния. Федеральный закон № 125-ФЗ, действительно, намного повысил социальные гарантии для лиц, получивших трудовое увечье или профессиональное заболевание. Своевременность производимых Фондом ежемесячных выплат (задолженность предприятий по ежемесячным выплатам в возмещение вреда составляла от нескольких месяцев до нескольких лет), стремительный рост минимального размера оплаты труда (за период с 1 июля 2000 года по 1 мая 2002 года в 5,39 раз) и, в связи с этим, индексация ежемесячных страховых выплат, которые зачастую стали превышать размер получаемой по такой же профессии работающими гражданами заработной платы, привели к тому, что застрахованные перестали быть заинтересованными в восстановлении своей трудоспособности. Зачем идти на работу, если можно получать страховые выплаты в большем размере, чем заработная плата работающих граждан.

Среднемесячная заработная плата, на которую начисляются страховые взносы, в 2003 году составила 4366,5 рублей. В то же время, почти 9 тысяч пострадавших на производстве получают ежемесячное страховое обеспечение более 5 тысяч рублей, более 2-х тысяч человек – 10-15 тысяч руб., и почти 600 человек – 15-30 тысяч рублей. В связи с этим, усилия большинства инвалидов направлены на получение большего процента утраты профессиональной трудоспособности. При этом, некоторые из них пытаются обращаться в суд с исками о взыскании с Фонда различных выплат, которые даже не предусмотрены Федеральным законом № 125-ФЗ. Настрой таких получателей один – а может быть получится что-нибудь взыскать.

Так, например, по решению Тайгинского городского суда гражданке К. была установлена единовременная фиксированная сумма в размере 60000 руб.,



подлежащая уплате за счет средств обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве. Отменяя данное решение, Кемеровский областной суд указал, что такого вида обеспечения по страхованию Федеральным законом № 125-ФЗ не предусмотрено.

Таким образом, причины обращения застрахованных в суд весьма разнообразны и в большинстве случаев не зависят от самого страховщика – регионального отделения.

Основной задачей отдела правового обеспечения и юрисконсультов филиалов Кузбасского регионального отделения, при рассмотрении дел в судах, является предотвращение нецелевого использования средств Фонда социального страхования Российской Федерации, в целях обеспечения его финансовой устойчивости. Именно финансовая устойчивость Фонда может быть гарантом полноты и своевременности обеспечения застрахованных по страхованию от несчастных случаев и профессиональных заболеваний.

Федеральным законом № 125-ФЗ на Фонд социального страхования РФ была возложена не только обязанность по осуществлению страховых выплат лицам, получившим трудовое увечье или профессиональное заболевание, но и обязанность по взиманию средств со страхователей – страховых взносов, необходимых для осуществления этого вида страхования.

В соответствии с действующим законодательством, юридические лица обязаны в установленном порядке и сроки начислять и перечислять страховые взносы, что, к сожалению, многие не делают. Поэтому, в целях предотвращения дальнейшего роста просроченной задолженности организаций, усиления имущественной ответственности юридических лиц за соблюдение финансовой дисциплины, отделом правового обеспечения регионального отделения, в соответствии с действующим законодательством, проводится работа, направленная на контроль и погашение имеющейся задолженности.

Так, начиная с 2000 года, в соответствии с порядком, определенным статьей 47 Налогового кодекса РФ, Федеральным законом “Об исполнительном

производстве”, широко применяется практика взыскания задолженности за счет имущества страхователей. Отработан также порядок привлечения страхователей к ответственности за нарушения правил начисления, учета и расходования средств на осуществление обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний. Только в 1-м квартале 2004 г. Арбитражным судом Кемеровской области вынесено 239 решений о взыскании со страхователей финансовых санкций на сумму 396 тыс. руб.

Правовая работа, проводимая отделом правового обеспечения по государственному социальному страхованию, в значительной мере отличается от правовой работы по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний и, в основном, носит консультативно-разъяснительный характер.

Помощь оказывается как страхователям, так и застрахованным. Различия в такой работе обусловлены устоявшейся практикой применения первого вида обязательного социального страхования и молодостью второго вида обязательного социального страхования, осуществляемого Фондом социального страхования РФ. Федеральный закон от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ “Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний”, как уже было указано выше, имеет ряд неясностей, о которых писали, которые обсуждали, но многие из них до сих пор не решены. Все это приводит к тому, что правоприменительная практика данного закона в регионах нашей страны складывается по разному.

Поэтому в настоящее время назрела острая необходимость в систематизации и обобщении Верховным судом РФ судебной практики применения Федерального закона № 125-ФЗ, что позволило бы исключить судебные споры, возникающие в связи с применением и толкованием законодательства по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ СОЦИАЛЬНОЕ СТРАХОВАНИЕ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ НА ПРОИЗВОДСТВЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, КАК ГАРАНТИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ: НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА И ПРАКТИКИ ЕГО ПРИМЕНЕНИЯ В КУЗБАССЕ

В законодательстве об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний существует ряд несовершенств, препятствующих полноценной реализации поставленных задач. К таковым, подлежащим рассмотрению в настоящей статье, относятся проблемы индексации заработка, из которого исчисляется возмещение вреда, ограничение максимальным размером ежемесячной страховой выплаты и другие. При этом отмечается несомненная необходимость данного вида страхования в Российской Федерации, рассматриваются возможные направления его совершенствования. Также приводятся данные и делаются выводы на основании правоприменительной практики в Кузбассе.

Ключевые слова: *обязательное социальное страхование, несчастный случай, профессиональное заболевание, застрахованный, страхователь, страховщик, индексация, заработок, защита, Кузбасс, выплата, ограничение, инфляция*

Статья седьмая Конституции РФ гласит, что Российская Федерация – социальное государство, политика которого направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека.

Пока, однако, государство не совсем справляется с этой задачей. Вот уже более десяти лет продолжает осуществляться процесс кардинальных изменений в России. И ни для кого не является секретом тот факт, что в результате этих реформ большая часть населения нашей страны фактически живет на грани бедности.

Материальное неблагополучие коснулось различных групп населения: не только потенциально подверженных этому риску, которые, в силу определенных причин, не могут вести полноценную трудовую деятельность и, тем самым, зарабатывать себе на жизнь (пенсионеры, инвалиды и др.), но и вполне здоровых и трудоспособных лиц, имеющих работу без адекватной и достаточной для достойного существования заработной платы.

К особо нуждающимся в социальной защите всегда относились лица, пострадавшие в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, а также члены их семей.

С 6 января 2000 года вступил в силу Федеральный закон от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ “Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний” (далее – Федеральный закон) [1]. С начала его действия произошел принципиальный переход от существовавшей в стране более семидесяти лет системы защиты работников, основанной на принципах прямого индивидуального возмещения работо-

дателями вреда, причиненного жизни и здоровью работника в процессе трудовой деятельности, к системе обязательного государственного социального страхования.

В ходе экономических преобразований конца двадцатого и начала двадцать первого веков в России было ликвидировано огромное количество предприятий и организаций. Достаточное число работодателей до сих пор балансируют на грани банкротства. И среди них немало тех, кто относится к самым опасным по производственному травматизму и профессиональной заболеваемости отраслям – угольной, горно-металлургической и др. Еще совсем недавно действовавшее законодательство, при такой ситуации, лишало многих пострадавших от трудового увечья и профзаболеваний и их семьи возможности на возмещение причиненного им вреда, оставляя оказавшихся в трудной жизненной ситуации людей один на один с беспощадной экономикой страны.

В контексте вышесказанного довольно ярким примером может служить Кузбасс. Основой экономики региона являются угольная и горно-металлургическая отрасли экономики и, как следствие, велико количество соответствующих предприятий (в том числе, ликвидированных и находящихся в стадии ликвидации) и лиц, получивших производственную травму или профессиональное заболевание.

В 1998-1999 годах в Кемеровской области более 11 тысяч человек [2] получали возмещение вреда через исполнительные органы Фонда социального страхования РФ (ФСС РФ), в соответствии с Указом Президента РФ от 8 декабря 1997 г. № 1274 “О мерах



по возмещению вреда, причиненного работникам увечьем, профессиональным заболеванием либо иным повреждением здоровья, связанным с исполнением ими трудовых обязанностей на ликвидированных шахтах и разрезах угольной и сланцевой промышленности” [3] и одноименным Постановлением Правительства РФ [4]. С 6 января 2000 года, согласно Федеральному закону № 125-ФЗ, обеспечение по страхованию данным лицам осуществляется за счет средств бюджета ФСС РФ.

При этом, на 1 января 2004 года, из 504 страхователей, находящихся в стадии ликвидации (в том числе, в угольной отрасли – 97), исполнили свою обязанность по внесению капитализированных платежей страховщику лишь 28 (в том числе, в угольной отрасли – 1). В денежном выражении эти данные выглядят еще печальнее: общая сумма платежей, которые должны были подлежать капитализации, составляет 11,2 миллиардов рублей (в том числе, от страхователей угольной отрасли – 8,4 миллиарда рублей), фактически же внесено всего 41 миллион рублей (в том числе, от страхователей угольной отрасли – 8,6 миллиона рублей). И все это с учетом того, что именно шахтеры, во-первых, наиболее подвержены производственному травматизму и профзаболеваемости, во-вторых, получают, как правило, самые высокие выплаты возмещения вреда.

Налицо неспособность многих предприятий самостоятельно напрямую возмещать вред, причиненный здоровью своих работников, а число последних значительно.

Введенный в эту сферу механизм обязательного государственного социального страхования стал тем “спасательным кругом”, который в определенной мере обеспечил реальные гарантии социальной защиты пострадавшим на производстве работникам. Несомненно, это существенное достижение нашего государства, которое претендует стать социальным.

Тем не менее, некоторые элементы данного механизма, мягко говоря, не достаточно проработаны. Их несовершенство нарушает работу всей системы обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, препятствуя полноценной реализации поставленных перед ней задач.

Одной из таких проблем является индексация заработка застрахованного при расчете возмещения вреда.

В соответствии с пунктом 10 статьи 12 Федерального закона от 24.07.98 г. № 125-ФЗ, в связи с повышением стоимости жизни, суммы заработка, из которого исчисляется ежемесячная страховая выплата, увеличиваются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

На данный момент такой порядок частично предусмотрен лишь первым и вторым абзацами пункта 2 Постановления Верховного Совета Российской Федерации от 24 декабря 1994 года № 4214-1 (в редакции ФЗ от 24.11.95 г. № 180-ФЗ). Во-первых,

предусмотрено увеличение заработка пострадавшего, полученного до 1992 г., на установленные коэффициенты года.

Во-вторых, указанные суммы заработка увеличиваются по увечьям, иным повреждениям здоровья, полученным до 1 января 1991 г., – в шесть раз, с 1 января 1991 г. до 31 января 1993 г., – в три раза. Как в последующем их индексировать – законодательство прямого ответа не дает.

Отсутствие четкой позиции законодателя по этому вопросу дает почву для неоднозначности и противоречивости правоприменительной практики, а также фактически возлагает его функции на судебные органы.

До недавнего времени повсеместно применялась индексация после 31 января 1993 г. заработка застрахованного на коэффициенты минимального размера оплаты труда (МРОТ), установленного в централизованном порядке. отождествление нормативных правовых актов о МРОТ с установленным законодательством РФ порядком увеличения заработка, из которого исчисляется ежемесячная страховая выплата, было сильно притянuto. Сторонники этого, в основном, дополнительно руководствовались пунктом 11 статьи 12 Федерального закона от 24.07.98 г. № 125-ФЗ (в редакции до изменений и дополнений, внесенных Федеральным Законом от 26.11.2002 г. № 152-ФЗ), в соответствии с которым на коэффициенты МРОТ индексировались ежемесячные страховые выплаты.

Однако, рост минимального размера оплаты труда практически не связан с темпами повышения стоимости жизни. Например, в период с 1 января 1997 г. до 1 июля 2000 г. мы могли наблюдать стремительную инфляцию и “падение” рубля на фоне абсолютно не меняющегося МРОТ, что привело к обнищанию граждан, чьи доходы ставились в зависимость от последнего (включая и пострадавших на производстве работников). Абсолютно противоположная картина наблюдается в период с 1 июля 2000 года по 1 мая 2002 года: стремясь наверстать упущенное, государство, за один год и десять месяцев, увеличило МРОТ в 5,39 раз, что в данном периоде значительно превышает темпы обесценивания доходов.

Индексация заработка застрахованного на коэффициенты МРОТ нередко приводила к сверх искажению ее смысла. Например, двое пострадавших, имеющих определенные схожие условия (получивших повреждение здоровья при работе на одном предприятии, в одинаковых профессиях и квалификациях, с совершенно идентичной степенью утраты профессиональной трудоспособности) впервые обращаются за назначением обеспечения по страхованию в июле 2002 года. Для расчета ежемесячных страховых выплат у одного берется его заработок за период с мая 1999 г. по апрель 2000 г., у другого – с июля 2001 г. по июнь 2002 г. При незначительном различии размера данных первичных сумм, с учетом увеличения пропорционально МРОТ, “осовремененный” заработок первого будет



многократно превышать таковой второго застрахованного! И это различие абсолютно не объясняется инфляционными процессами.

Именно это послужило основанием для отказа также и от порядка увеличения на коэффициенты МРОТ ежемесячной страховой выплаты.

Если взглянуть на соотношение средней ежемесячной страховой выплаты за 2003 год (4334 рубля) и среднего размера месячной заработной платы по Кемеровской области за этот же период (4366,5 рублей), то видно, что разница незначительна. Однако ежемесячная страховая выплата осуществляется утратившим профессиональную трудоспособность (а, соответственно, и заработок) от 10 % до 100 % (включительно). При этом число последних не велико. Фактически необоснованная индексация, в том числе, объясняет указанное соотношение.

Среди других предложений о порядке индексации заработка пострадавшего стоит упомянуть следующие: механизм, определяемый Законом РСФСР от 24 октября 1991 года № 1799-1 «Об индексации денежных доходов и сбережений граждан в РСФСР»; увеличение пропорционально росту прожиточного минимума; индексация в соответствии с ростом заработной платы на конкретном предприятии (в местности, регионе, отрасли).

Некоторые правоприменители, следуя букве закона, встают на позиции, что раз нет однозначно установленного законодательством РФ порядка увеличения сумм заработка, из которого исчисляется ежемесячная страховая выплата, то, соответственно, нет и индексации. В свете статьи 2 Федерального закона от 24.07.98 г. № 125-ФЗ, эта точка зрения не лишена оснований. Именно такой практики частично придерживается страховщик – Фонд социального страхования Российской Федерации.

Более того, из дословного понимания второго абзаца пункта 2 Постановления Верховного Совета Российской Федерации от 24 декабря 1992 года № 4214-1 (в редакции ФЗ от 24.11.95 г. № 180-ФЗ) следует, что применение при индексации заработка коэффициентов “6” или “3” ставится в зависимость от даты получения увечья или иного повреждения здоровья, а не от периода начисления заработной платы. В практике часты случаи, когда застрахованный прекратил трудовую деятельность до 31 января 1993 года, а профессиональное заболевание ему установлено в настоящее время. В этих и других подобных ситуациях к заработку, полученному до 31.01.1993 г., по действующему законодательству, коэффициенты “6” или “3” не применяются, что ведет к крайнему занижению страховых выплат.

Несомненно, решение этих проблем невозможно без участия законодателя, который должен четко обозначить свою позицию по данному вопросу. При этом не исчезает надежда, что она будет согласована с ведущими специалистами в данной области и станет последовательной, понятной и исчерпывающей.

Наиболее рациональным видится механизм индексации сумм заработка в зависимости от темпов

роста прожиточного минимума, так как последние наиболее объективно отражают повышение стоимости жизни. Он в максимальной мере будет способствовать сохранению покупательской способности граждан, тем самым, защищая их от бедности и, как следствие, выполняя одну из первоочередных задач обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний – обеспечение социальной защиты застрахованных и их семей.

Немало вопросов вызывает и проблема ограничения максимальным размером ежемесячной страховой выплаты.

В соответствии с пунктом 12 статьи 12 Федерального закона от 24.07.98 г. № 125-ФЗ, максимальный размер ежемесячной страховой выплаты устанавливается федеральным законом о бюджете Фонда социального страхования Российской Федерации на очередной финансовый год. Федеральным законом от 08 декабря 2003 года № 166-ФЗ “О бюджете Фонда социального страхования Российской Федерации на 2004 год” действие ограничения суммы ежемесячной страховой выплаты максимальным размером в 30000 рублей было продлено.

Можно предположить, что введение этого предельного размера в 2002 году было вызвано ранее упомянутым быстрым ростом МРОТ в 2000-2002 годах, повлекшим за собой ничем не оправданное в ряде случаев увеличение возмещения вреда, когда размер последнего в несколько раз превышал заработок, из которого оно исчислялось. При такой ситуации нарушался смысл страховых выплат – возмещение реально утраченного заработка.

Попытка урегулировать ситуацию привела к цепному нарушению прав и законных интересов других лиц.

К таковым относятся как застрахованные с заработком более 30000 рублей, так и страхователи, у которых они работают. Выплачивая соответствующий заработок, страхователи начисляют страховые взносы на весь фонд оплаты труда. Однако, при наступлении страхового случая, указанные работники будут иметь право на получение ежемесячных выплат лишь в пределах 30000 рублей.

Не имея возможности реализовать свое право на полное возмещение вреда в рамках обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, пострадавшие будут вынуждены решать эту проблему в порядке, предусмотренном общегражданским законодательством – путем предъявления требований к причинителю вреда. Но указанный порядок существенно снижает гарантию реального получения компенсации.

Не стоит забывать, что у граждан с более высокими доходами вероятнее и более высокие расходы (налоги и другие необходимые платежи на имущество и др.). Являясь законопослушными и добросовестными налогоплательщиками и попав в тяжелую жизненную ситуацию (утратив полностью или частично трудоспособность), они остаются в



определенной части социально незащищенными. Важно отметить, что в данном контексте речь идет не о сверх состоятельных лицах, а о среднем классе, который у нас в России отсутствует, и о необходимости формирования которого, как основы стабильного и процветающего общества, так много говорится и пишется.

С другой стороны, страхователи несут необоснованные расходы по уплате страховых взносов в отношении части заработка, изначально не подлежащей возмещению застрахованному. Это приводит, в той или иной мере, к снижению размера заработной платы у данного работодателя и, соответственно, к уменьшению благосостояния работников.

В связи с этим, логично встает вопрос, раз введено ограничение максимальным размером ежемесячной страховой выплаты, то, будучи последовательным, государство должно было ввести аналогичное ограничение и в отношении размера страховых взносов на одного застрахованного. Обеспечение справедливости и прозрачности политики по данному вопросу сняло бы какие-либо претензии.

Работодатели и работники самостоятельно бы решали проблему необходимости страхования риска утраты части заработка, превышающего 30000 рублей.

Стоит также упомянуть и о широко распространенной, весьма известной и неблагоприятной практике ведения работодателями двойной бухгалтерии, когда граждане получают вполне приличное вознаграждение за труд при весьма низкой официально декларируемой заработной плате. В случае получения трудового увечья или профессионального заболевания, возмещение им будет осуществляться именно из последней, что отнюдь не будет способствовать их социальной защищенности.

Вывод:

Со дня принятия Федерального закона от 24.07.98 г. № 125-ФЗ прошло уже почти шесть лет, со дня вступления его в силу – более четырех. За это время в него было внесено достаточное количество изменений и дополнений, что свидетельствует об определенной работе по его совершенствованию. Тем не менее, как можно увидеть, существует достаточное количество моментов, требующих тщательной проработки и улучшения, и в процессе осуществления этого немаловажно не создать новых проблем.

Только таким путем можно достичь цели – создать государство, живя в котором человек будет вести достойную жизнь и свободно развиваться.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний. – Федеральный закон от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ. //Рос. газета. – 12.08.1998. – № 153-154; Собрание законодательства РФ. – 19.07.99. – № 29. – Ст. 3702; 10.01.00. – № 2. – Ст. 131; 29.10.01. – № 44. – Ст. 4152; 07.01.02. – № 1 (ч. I). – Ст. 3; 07.01.02. – № 1 (ч. I). – Ст. 2; 18.02.02. – № 7. – Ст. 628; 02.12.02. – № 48. – Ст. 4737; 10.02.03. – № 6. – Ст. 508; 28.04.03. – № 17. – Ст. 1554; 14.07.03. – № 28. – Ст. 2887; 27.10.03. – № 43. – Ст. 4108; 15.12.03. – № 50. – Ст. 4852; 29.12.03. – № 52 (ч. I). – Ст. 5037.
2. Финансовые отчеты Государственного учреждения – Кузбасского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации (по Кемеровской области).
3. О внесении изменений в некоторые законодательные акты Российской Федерации, связанные с осуществлением обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний. – Федеральный закон от 26.11.2002 г. № 152-ФЗ. //Собрание законодательства РФ. – 02.12.02. – № 48. – Ст. 4737.
4. О минимальном размере оплаты труда. – Федеральный закон от 19.06.2000 г. № 82-ФЗ. //Собрание законодательства РФ. – 26.06.2000. – № 26. – Ст. 2729; 06.05.02. – № 18. – Ст. 1722; 02.12.02. – № 48. – Ст. 4737; 06.10.03. – № 40. – Ст. 3818.
5. Об индексации денежных доходов и сбережений граждан в РСФСР. – Закон РСФСР от 24.10.1991 г. № 1799-1. //Ведом. Съезда народных депутатов РСФСР и Верх. Совета РСФСР. – 07.11.1991. – № 45. – Ст. 1488.
6. О мерах по возмещению вреда, причиненного работникам увечьем, профессиональным заболеванием либо иным повреждением здоровья, связанными с исполнением ими трудовых обязанностей на ликвидируемых шахтах и разрезах угольной и сланцевой промышленности. – Указ Президента РФ от 08.12.1997 г. № 274. //Собрание законодательства РФ. – 22.12.97. – № 51. – Ст. 5741; 11.05.98. – № 19. – Ст. 2076.
7. О мерах по возмещению вреда, причиненного работникам увечьем, профессиональным заболеванием либо иным повреждением здоровья, связанными с исполнением ими трудовых обязанностей на ликвидируемых шахтах и разрезах угольной и сланцевой промышленности. – Постан. Правительства РФ от 08.12.1997 г. № 1524. //Собрание законодательства РФ. – 15.12.97. – № 50. – Ст. 5686; 13.07.98. – № 28. – Ст. 3366.
8. Об утверждении Правил возмещения работодателями вреда, причиненного работникам увечьем, профессиональным заболеванием либо иным повреждением здоровья, связанными с исполнением ими трудовых обязанностей. – Постан. Верхов. Совета РФ от 24.12.1992 г. № 4214-1. //Ведомости Съезда народных



депутатов РФ и Верх. Совета РФ. – 1993. – № 2. – Ст. 71; Собрание законодательства РФ. – 27.11.95. – № 48. – Ст. 4562; 03.08.98. – № 31. – Ст. 3803.

9. О бюджете Фонда социального страхования Российской Федерации на 2004 год. – Федеральный закон от 08.12.2003 г. № 166-ФЗ. //Собрание законодательства РФ. – 15.12.03. – № 50. – Ст. 4852.





А.А. ГОРОДНИЧЕВА

Государственное учреждение – Кузбасское региональное отделение
Фонда социального страхования Российской Федерации

НЕКОТОРЫЕ ПРИНЦИПЫ ПЛАНИРОВАНИЯ ДОХОДОВ И РАСХОДОВ ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Уровень здоровья нации, возможность полноценного отдыха, эффективного лечения определяют одно из составляющих понятия высокого качества жизни населения, его социальной защищенности.

Некоторые проблемы повышения качества жизни населения могут быть решены только на общегосударственном уровне, а другие – на уровне регионов, субъектов хозяйствования и др.

Значительная роль в решении этих вопросов на территории Кемеровской области принадлежит Государственному учреждению – Кузбасскому региональному отделению Фонда социального страхования Российской Федерации (региональное отделение Фонда).

Сегодня в Кемеровской области живет порядка 2,9 млн. граждан, около 1,3 млн. из них представляют экономически активную часть населения, т.е. работающих. Из общего числа работающего населения, в 2003 году 92,3 % застрахованы своими работодателями-страхователям.

Коль такое число работников застраховано по обязательному социальному страхованию, то их обеспечение всеми видами страхового обеспечения – задача регионального отделения. Для этого необходимо спланировать как доходную, так и расходную части бюджета Фонда социального страхования РФ по Кемеровской области.

Для прогноза предстоящих расходов за счет средств социального страхования по Кемеровской области принимаются отчетные данные страхователей, предоставляемые ими в региональное отделение за отчетные периоды (1 квартал, полугодие, 9 месяцев, год).

Ежегодно региональное отделение Фонда разрабатывает проект бюджета на предстоящий год, доходную и расходную части.

Прогноз поступлений налогов, зачисляемых в Фонд социального страхования, на территории области рассчитывается в соответствии с рекомендациями Министерства Российской Федерации по налогам и сборам Кемеровской области.

В 2003 году поступление налогов в доходную часть бюджета регионального отделения составило 216,9 млн. руб., что превысило планируемые доходы на 176,4 млн. руб.

Поступление страховых взносов по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве рассчитывается на основании предварительного прогноза по фонду оплаты труда на текущий год, принятого для расчета страховых взносов, представленного Минэкономразвития

России, с применением проектного коэффициента сбора страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в целом по Российской Федерации.

Коэффициент полноты сбора в 2003 году составил 96,1 %. В доходную часть поступило страховых взносов 1132,4 млн. руб., что на 62,2 млн. руб. меньше планируемых.

Планируемые расходы на предстоящий год рассчитываются, исходя из фактической потребности регионального отделения в средствах бюджета, необходимых для выплат всех видов пособий, оплаты путевок на санаторно-курортное лечение работников, оздоровления детей, частичного содержания детско-юношеских школ, единовременных и ежемесячных выплат пострадавшим на производстве, медицинской, социальной и профессиональной реабилитации пострадавших, обеспечения предупредительных мер по сокращению производственного травматизма.

Проект бюджета состоит из аналитической и расчетной части.

В аналитической части проекта составляется динамика макроэкономических показателей за предыдущие годы, как правило, анализируются три предыдущих года.

Для нахождения показателей (оценки) текущего года и прогноза на предстоящий год применяется два варианта. В первом варианте сравниваются показатели планируемого периода к предыдущему. Во втором варианте сопоставляются показатели планируемого периода и среднего значения, исходя из динамики 3-х предыдущих лет.

В результате таких исследований, оцениваются темпы роста или снижения, напряженность, динамика того или иного показателя.

Результаты проводимого анализа используют в текущем и перспективном планировании. Эти данные имеют большое значение для организации контроля и руководства за ходом исполнения бюджета социального страхования в регионе.

В расходах на выплату пособий основное место занимают расходы на пособия по временной нетрудоспособности. Эти расходы зависят от многочисленных факторов. К ним относятся численность работающих, уровень заболеваемости (т.е. число дней временной нетрудоспособности в расчете на 100 работающих), среднедневная заработная плата работающих, уровень среднего размера пособия в процентном отношении к среднедневной заработной плате работающих.



При прогнозе расходов по страхованию от несчастных случаев на производстве (пособия по временной нетрудоспособности, единовременная и ежемесячные страховые выплаты, оплата дополнительных расходов, связанных с медицинской, социальной и профессиональной реабилитацией пострадавших), учитывается совокупность влияния множества показателей. Например, плановый размер расходов на выплату пособий по временной нетрудоспособности зависит от таких величин как фонд оплаты труда, численность работающих, уровень производственного травматизма.

При прогнозировании величины единовременных и ежемесячных выплат, наблюдается прямая зависимость от таких показателей, как число несчастных случаев на производстве (со смертельным исходом, тяжелых и легких), процент утраты профессиональной трудоспособности. При планировании средств, направленных на осуществление дополнительных расходов, необходимо принимать к сведению показания учреждений БМСЭ, определяющих потребность в реабилитационных мероприятиях, фактический уровень потребительских цен на конкретные виды услуг, товаров и изделий.

Планирование расходов на долечивание в специализированных санаториях производится с учетом заявки от Департамента охраны здоровья населения Кемеровской области на путевки на долечивание в специализированных санаториях и ориентировочной стоимости путевок в указанные санатории на планируемый период.

При планировании расходов на оздоровление детей учитывается динамика количества оздоровлен-

ных детей, динамика стоимости путевок в детские санаторные оздоровительные лагеря круглогодичного действия, в загородные лагеря и лагеря с дневным пребыванием, численность детей от 6 до 15 лет включительно, численность работающих.

Исходя из динамики и аналитической разработки прогноза, с учетом объективных изменений в планируемом году, в расчетной части проекта за основу принимаем один из вариантов для расчета расходов на пособия и санаторно-курортное лечение работников, оздоровление детей, выплат по обязательному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

После утверждения бюджета Фонда социального страхования РФ на очередной финансовый год, и с учетом проекта бюджета регионального отделения, Фонд доводит до регионального отделения доходы бюджета и внутриведомственную роспись расходов. Далее специалисты планово-экономического отдела распределяют утвержденные ассигнования по филиалам Кузбасского регионального отделения.

Планирование доходов и расходов по филиалам регионального отделения производится аналогичным образом.

В заключение необходимо сказать, что, как бы фактически не сложились доходы и расходы регионального отделения, выплата застрахованным всех видов страхового обеспечения Фондом социального страхования РФ и гарантировано в этом случае работает один из основных принципов обязательного социального страхования – солидарная ответственность страхователей.



ЗАДАЧИ КОНТРОЛЬНО-РЕВИЗИОННОЙ СЛУЖБЫ ГОСУДАРСТВЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ – КУЗБАССКОГО РЕГИОНАЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Контрольно-ревизионная служба Государственного учреждения – Кузбасского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации (региональное отделение) включает в себя контрольно-ревизионный отдел аппарата регионального отделения, такие же отделы в крупных филиалах регионального отделения и специалистов-ревизоров во всех других филиалах.

Основной задачей контрольно-ревизионной службы регионального отделения является обеспечение использования по целевому назначению средств Фонда социального страхования Российской Федерации посредством контроля, который осуществляется путем проведения документальных выездных проверок.

Контрольно-ревизионный отдел аппарата регионального отделения обеспечивает контроль за целевым использованием средств обязательного социального страхования филиалами регионального отделения и осуществляет методологическое руководство специалистами-ревизорами, находящимися в штате филиалов, контроль за их работой со страхователями.

Специалистами-ревизорами филиалов проверки проводятся у страхователей по следующим основным направлениям:

- целевое и рациональное расходование средств государственного социального страхования (расходы в счет начисленного единого социального налога);
- контроль за правильным и своевременным начислением страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний и расходования;
- контроль за правильностью и своевременностью добровольной уплаты в Фонд социального страхования РФ отдельными категориями страхователей страховых взносов на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, а также расходование этих средств.

Как показывает анализ проводимых специалистами-ревизорами проверок, один из самых больших вопросов – это назначение и выплата работодателями-страхователями пособий по временной нетрудоспособности, беременности и родам, по неправильно выданным и оформленным листкам нетрудоспособности.

Листки временной нетрудоспособности оплачиваются за счет средств Фонда социального страхования Российской Федерации. И средства эти немалые. Как правило, они занимают основную долю среди целого ряда других социальных пособий.

Свою роль в этом процессе играют не только рост численности работающих, увеличение заработной платы работников, непосредственно перед наступлением нетрудоспособности, но и необоснованная выдача листов нетрудоспособности.

В ходе проведения проверок, специалисты-ревизоры вплотную сталкиваются с проблемой, что большое количество листов нетрудоспособности выданы лечебными учреждениями с нарушениями или необоснованно.

До недавнего времени никто не задумывался, что листок нетрудоспособности является своеобразным векселем для назначения и выплаты денежных средств в виде пособия по временной нетрудоспособности, беременности и родам. Фонд социального страхования РФ старается урегулировать этот вопрос, и поэтому в Методических указаниях о порядке назначения, проведения документальных выездных проверок страхователей по обязательному социальному страхованию и принятию мер по их результатам (утверждены постановлением Фонда социального страхования РФ от 17 марта 2004 года № 24) фигурирует понятие финансового документа в отношении листка нетрудоспособности.

В связи с этим, листок нетрудоспособности, как финансовый документ, должен обязательно иметь разборчивые записи медицинских работников, четкие печати, разборчиво написанное название или штамп лечебно-профилактического учреждения (далее – ЛПУ), а при выдаче листка нетрудоспособности врачом, занимающимся частной практикой, – его фамилию и номер лицензии на право осуществления экспертизы временной нетрудоспособности. Имеющиеся исправления в листке нетрудоспособности обязательно должны быть заверены печатью ЛПУ.

Как медицинские работники, так и организации-страхователи не всегда в полной мере осознают важность требований к заполнению листка нетрудоспособности, одни – при заполнении этого документа, другие – при его оплате.

В соответствии с действующим законодательством, пособия по временной нетрудоспособности, беременности и родам выплачиваются в счет уплачиваемого страхователем единого социального на-



лога; единого сельскохозяйственного налога; единого налога на вмененный доход для отдельных видов деятельности; единого налога для организаций, применяющих упрощенную систему налогообложения; взносов на добровольное социальное страхование и начисленных страховых взносов по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

Ответственность за правильность начисления и выплату пособий несет администрация страхователя в лице руководителя и главного бухгалтера. На этом основании страхователь просто обязан, перед назначением пособия, проверить, отвечает ли листок нетрудоспособности требованиям по его оформлению и выдаче.

При этом, если страхователь не принимает у работника неверно оформленный лечебным учреждением листок нетрудоспособности, то страдает работник страхователя, поскольку он вынужден вновь обращаться в АПУ, чтобы оно внесло исправления в листок нетрудоспособности, но которое не всегда считает нужным исправить свои ошибки, а часто и исправляет не должным образом.

Специалисты-ревизоры ставят своей задачей как проверять уже оплаченные листки нетрудоспособности, так и предотвращать нарушения, допущенные АПУ. Сегодня успешно применяется практика проверок, когда в проверках страхователей с ревизорами участвуют и специалисты-врачи филиалов регионального отделения.

При проверках выявляются нарушения при начислении листков нетрудоспособности на предприятии и параллельно ревизоры отслеживают те АПУ, где были допущены ошибки при заполнении листков нетрудоспособности. Информацию, касающуюся заполнения листков нетрудоспособности, ревизоры доводят до специалистов-врачей, которые, в свою очередь, связываются с лечебным учреждением и указывают на выявленные недостатки. В то же время, специалисты-врачи вправе потребовать совместной с органами здравоохранения проверки порядка выдачи листков нетрудоспособ-

ности в лечебно-профилактических учреждениях, выявленных специалистами-ревизорами.

В случаях выявления в ходе проверок у страхователей нарушений порядка выдачи и оформления листков нетрудоспособности, Фонд социального страхования РФ имеет право не принимать сумму начисленных и выданных по ним пособий по временной нетрудоспособности, беременности и родам. Следовательно, и страхователи, в свою очередь, имеют полное право предъявить иски к лечебным учреждениям, по вине которых не были приняты к зачету суммы пособий, выплаченные по листкам нетрудоспособности, выданным либо оформленным с нарушениями.

Кроме того, учитывая необходимость финансового контроля, направленного, в том числе, на оптимизацию и сокращение необоснованных расходов средств обязательного социального страхования на выплату пособий по временной нетрудоспособности, беременности и родам, в Фонде разработана и введена в массовую эксплуатацию Единая информационная интегрированная система «Соцстрах», одной из программ которой является программа «Финансовый контроль». Для охвата проверками начислений практически по всем листкам нетрудоспособности, создана подсистема «Реестр листков нетрудоспособности».

Таким образом, современный контроль за состоянием экспертизы временной нетрудоспособности базируется на оперативной информации Единой информационной интегрированной системы «Соцстрах», информационных ресурсах системы внутриведомственного контроля, рассчитан на оперативность и комплексность проверок, и имеет целевой характер.

В заключение хотелось бы сказать, что контрольная служба Фонда социального страхования, в т.ч. ее составная часть контрольно-ревизионная служба регионального отделения Фонда, не ставит самоцелью сократить расходы средств обязательного социального страхования. Работа ее направлена на контроль за правильным, рациональным и целевым использованием этих средств.



Н.А. ДОНОВА

Федеральное государственное учреждение Центр реабилитации
Фонда социального страхования Российской Федерации “Топаз”

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОТДАЛЕННЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Статья посвящена проблеме лечения производственной черепно-мозговой травмы. Характер и тяжесть черепно-мозговой травмы, наличие поврежденных костей черепа, степень клинических проявлений имеют статистически достоверную связь с патобиомеханическими изменениями в области черепа. Использование предложенного метода краниальной мануальной терапии основано на механизме возникновения первичных движущихся сил в полости черепа, восстановлении взаимоотношений между костями черепа, натяжения соединительно-тканых мембран и нормализации ликворопротекания и ликвородинамики.

Регресс неврологической симптоматики производственной ЧМТ, изменение течения неврологических симптомов после устранения патобиомеханических изменений в области черепа сопровождается постурологическими изменениями, что связано с органическим поражением мозга в результате ЧМТ.

Ключевые слова: реабилитация, производственная черепно-мозговая травма, краниальная мануальная терапия, стабилометрический метод.

This article is dedicated to problem of the treatment production cranial trauma. The Nature and gravity cranial trauma, presence of the damaged bones of the skull, degree of the clinical manifestations has a statistical reliable relationship with patobiomechanical changes to area of the skull. Use the offered method cranial manual therapy is founded on mechanism of the origin primary moving power in cavities of the skull, recovering the relations between bone of the skull, pulls connecting-woven membrane and normalizations liquo action.

The Regress neurological symptomatology production cranial trauma, change the current neurological symptoms after eliminating patobiomechanical changes to area of the skull, is accompanied Postural change that is connected with organic defeat of the brain as a result cranial trauma.

Распространенность черепно-мозговой травмы составляет, в среднем, 3-4 человека на 1000 населения. Число инвалидов вследствие повреждений мозга к началу 21 века достигло в России 2 млн. человек. Ежегодно в России инвалидами становятся 50 тыс. человек. Существуют работы по эффективности применения краниосакральной терапии в остром периоде черепно-мозговой травмы (И.М. Ли, 1998, в отдаленном периоде боевой черепно-мозговой травмы – Н.Н. Атрощенко).

Проблема краниальной мануальной терапии у пациентов с отдаленными последствиями производственной черепно-мозговой травмы изучена недостаточно, так же как и эффективность проводимых при этом лечебно-реабилитационных мероприятий. Недостаточно изучено и значение функциональных биомеханических нарушений в области черепа у пациентов с отдаленными последствиями производственной черепно-мозговой травмы.

Существующие нейрофизиологические и стадиокинеметрические методики характеризуют функциональное состояние нервной системы и равновесие человека. Представляют интерес связи между нейрофизиологическими и постурологическими данными, функциональными биомеханическими нарушениями в области черепа.

В условиях тенденции целостного подхода к здоровью возросла роль немедикаментозных методов лечения.

Цель исследования: Изучение значения функциональных биомеханических нарушений в области черепа и оценка эффективности их коррекции при отдаленных последствиях производственной черепно-мозговой травмы.

Обследованы пациенты, перенесшие производственную черепно-мозговую травму. Методы исследования: клинический неврологический, статистический, мануальное тестирование, стадиокинеметрический.

Для оценки эффективности разработанного лечебно-реабилитационного комплекса с использованием краниальной мануальной терапии и изучения патобиомеханических изменений в области черепа у пациентов с отдаленными последствиями производственной черепно-мозговой травмы, было обследовано 178 человек в возрасте 20-69 лет. Они составили основную и контрольную группы – по 89 человек в каждой. Подавляющее большинство пациентов в обеих группах представлено мужчинами.

В основной группе обследовано 27 человек (30,3 %) с легкой производственной ЧМТ, 48 человек (54 %) – со средней степенью тяжести, 14 человек (15,7 %) – с тяжелой. В контрольной группе с легкой производственной ЧМТ было 17 человек (19,1 %), со средней степенью тяжести – 59 человек (66,2 %), с тяжелой степенью – 13 человек (14,6 %). Из 27 человек основной группы с тяжелой производственной ЧМТ, 12 человек получили открытую



производственную ЧМТ. Им проводилось оперативное лечение по поводу гематом.

Все пациенты находились на лечении в отделении реабилитации Федерального государственного учреждения Центра реабилитации Фонда социального страхования Российской Федерации “Топаз” (Центр реабилитации “Топаз”). Средняя длительность пребывания пациентов в реабилитационном отделении составила 22 дня. Отбор пациентов в основную и контрольную группы проводился методом случайной выборки.

Комплекс проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий был представлен фитотерапией, комнатой психихологической разгрузки, музыкотерапией, работой на тренажерах равновесия, краниальной мануальной терапией, курсом сосудистой терапии. Пациенты обеих групп получали стандартное комплексное лечение соответственно диагнозу, отражающему клинический синдром отдаленных последствий производственной ЧМТ, период болезни, степень выраженности клинических проявлений, патоморфологический субстрат. В контрольной группе в состав комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий входила краниальная мануальная терапия.

Отличительным свойством краниальной методики является предельная целенаправленность и мягкость воздействия, что объясняет ее минимальную “травматичность”. Краниосакральное направление в диагностике и лечении сосудистых заболеваний головного мозга не случайно. Многие из таких нарушений связаны с дисфункцией сосудистой и ликворной систем головного мозга. Применение краниальной мануальной терапии позволяет использовать ее в лечении клинических форм последствий черепно-мозговой травмы. По А.Б. Лихтерману различают 3 основные клинические формы последствий ЧМТ: тканевые, ликворные и сосудистые. Цереброваскулярная и ликворная системы характеризуются сложной биофизической структурой, которая определяет отношения между объемами и давлением жидких сред в закрытой полости черепа. Медленные колебания параметров кровообращения и ликвородинамики являются причиной периодических движений костей черепа.

Неврологические синдромы отдаленных последствий производственной ЧМТ представлены, в основном, церебрастеническим синдромом и синдромом вегетативной дисфункции, которые встречаются у всех обследуемых пациентов обеих групп в 100 % случаев. Сосудистый цефалгический синдром на фоне церебральной ангиодистонии зарегистрирован у 162 человек. В основной группе сосудистые цефалгии выявлены у 79 человек, что составило 88,7 %, в контрольной – у 83 человек (93,2 %). Синдром ликвородинамических нарушений отмечен у 68 пациентов обеих групп. Посттравматическая вестибулоатаксия в основной группе выявлена у 31 человека (44 %), в контрольной группе – у 15 человек (31,4 %). Очаговый синдром выявлен у 74 пациентов обеих групп, в основной группе – у 46 че-

ловек (51,7 %), в контрольной – у 28 человек (31,4 %). Среди всех обследованных пациентов обеих групп реже всего встречался экстрапирамидный синдром (16,8 % случаев).

С целью реабилитации пациентов с отдаленными последствиями ЧМТ использовался стабилметрический метод. Компьютерный стабилметрический метод показал, что в обеих группах в 73,5 % случаев имелось отклонение ЦД (центр давления тела на опору в пределах ее площади) в сагиттальной плоскости, и лишь у 26,5 % присутствует отклонение ЦД во фронтальной плоскости.

Отклонение ЦД в сагиттальной плоскости у больных контрольной группы уменьшилось после лечения. Площадь статокнезиограммы так же уменьшилась в контрольных стабилметрических исследованиях контрольной группы. Всем пациентам с отдаленными последствиями производственной черепно-мозговой травмы проводилась работа на тренажерах равновесия в течение 10 дней и оценивался процент результативности выполняемых заданий. В контрольной группе процент результативности выполняемых заданий был выше и после лечения составил 65-95 %, в основной группе, соответственно, ниже и составил менее 75 %. Выявлена пропорциональная зависимость между нахождением пациента в той или иной группе, процентом выполняемых заданий и степенью клинических проявлений. Имеется взаимосвязь между тяжестью полученной производственной ЧМТ, патобиомеханическими изменениями в области черепа, выявленными в результате мануального тестирования до и после лечения, и степенью клинических проявлений.

Анализ лечения пациентов обеих групп продемонстрировал, что по большинству параметров пациенты контрольной группы отличались в лучшую сторону от пациентов основной группы. По сроку достижения улучшения между основной и контрольной группами имеются различия по выраженности клинических проявлений. Так, у пациентов контрольной группы отмечено уменьшение степени клинических проявлений отдаленных последствий производственной ЧМТ у 60 человек (67,4 %), в основной группе – у 37 человек (41,5 %).

Заключение

Неврологические синдромы черепно-мозговой травмы у всех обследуемых пациентов сопровождаются патобиомеханическими изменениями в области черепа. Характер и тяжесть черепно-мозговой травмы, наличие поврежденных костей черепа, степень клинических проявлений имеют статистически достоверную связь с патобиомеханическими изменениями в области черепа. Эти ассоциации основаны и разработаны на разнообразии патогенетических механизмов формирования клинических проявлений ЧМТ.

У пациентов с отдаленными последствиями производственной черепно-мозговой травмы достовер-



но в 73,5 % случаев по стабиллограмме выявляется отклонение ЦД, преимущественно в сагитальной плоскости, которое уменьшается в результате лечения. Данные, полученные на основе изучения патобиомеханических изменений в области черепа в зависимости от тяжести и механизма полученной производственной ЧМТ, демонстрируют достоверную зависимость между ограничением подвижности сфенобазиллярного симфиза и выраженностью клинических проявлений.

Устранение патобиомеханических изменений в области черепа с помощью предложенного комплексного подхода с применением краниальной мануальной терапии у пациентов с отдаленными последствиями производственной черепно-мозговой травмы, обусловленными клиническими проявлениями, позволяет достичь хороших результатов, по сравнению с традиционной сосудистой терапией.

Использование предложенного метода краниальной мануальной терапии основано на механизме возникновения первичных движущих сил в по-

лости черепа, восстановлении взаимоотношений между костями черепа, натяжения соединительнотканых мембран и нормализации ликворопроводения и ликвородинамики.

Регресс неврологической симптоматики производственной ЧМТ, изменение течения неврологических симптомов после устранения патобиомеханических изменений в области черепа сопровождается сохраняющимися постурологическими изменениями, регистрируемыми на статокинезиограммах – отклонение ЦД преимущественно в сагитальной плоскости, что обусловлено органическим поражением мозга в результате ЧМТ.

Наличие патобиомеханических нарушений в области черепа, обуславливающее изменение неврологического статуса у пациентов не только с отдаленными последствиями производственной черепно-мозговой травмы, но и у практически здоровых лиц при других заболеваниях, открывают безусловные перспективы для изучения таких влияний и их коррекции.



ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА НА БАЗЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ЦЕНТРА РЕАБИЛИТАЦИИ ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ “ТОПАЗ”

В представленных материалах рассказано об эффективности лечения неврологических синдромов остеохондроза с использованием комплекса физических методов и ортопедических мероприятий.

Ключевые слова: подводное горизонтальное вытяжение, остеохондроз, болевой синдром, Центр реабилитации “Топаз”.

В последние годы отмечается значительный рост инвалидности за счет патологических состояний, объединяемых термином “болезни цивилизации”, связанных с воздействием на организм человека ряда проявлений научно-технического прогресса и нынешнего образа жизни. Среди них одно из ведущих мест занимают поражения периферической нервной системы, обусловленные остеохондрозом позвоночника и являющиеся одной из самых частых причин утраты трудоспособности.

В Федеральном государственном учреждении Центре реабилитации Фонда социального страхования Российской Федерации “Топаз” (Центр реабилитации “Топаз”) проходят реабилитацию больные с заболеваниями позвоночника, как вследствие длительного перенапряжения, обусловленного производственными факторами, так и с последствиями перенесенных травм. Из общего числа прошедших реабилитацию за 2003 год, что составляет 3473 человека, с травмами и заболеваниями позвоночника было 972 человека (28 %).

Остеохондроз позвоночника – хроническое системное заболевание, проявляющееся дегенеративно-дистрофическими нарушениями в соединительной ткани межпозвонкового диска, традиционно удерживает одно из первых мест в общей структуре нервных болезней. Сложность патогенеза и разнообразие неврологических проявлений остеохондроза пояснично-крестцового отдела позвоночника предполагает комплексное использование методов лечения больных с включением ряда ортопедических мероприятий. В числе прочих, применяются различные виды тракционных воздействий.

В Центре реабилитации “Топаз” за 2003 г. прошли лечение методом подводного горизонтального вытяжения 163 человека. В основе лечебного эффекта тракций лежит механизм снижения внутридискового давления. Вытяжение приводит к декомпрессии нервных структур, улучшает условия кровообращения, уменьшает отек, ликвидирует реактивные явления в тканях, уменьшает мышечные контрактуры, патологическое напряжение мышц. Методика проведения тракций в теплой минераль-

ной воде скважины 3151 Центра реабилитации “Топаз” (ГОСТ 13273-88 “Воды минеральные, питьевые, лечебные и лечебно-столовые”) имеет преимущества, благодаря более мягкому и физиологичному характеру воздействий. Таким образом, подводное вытяжение позвоночника – это сочетанное (одномоментное) воздействие на пациента теплой воды и тракций.

Метод подводного горизонтального вытяжения проводился у больных, страдавших различными синдромами остеохондроза пояснично-крестцового отдела позвоночника: люмбагия, люмбоишиалгия со статико-динамическими нарушениями, корешковая компрессия.

Подводное вытяжение проводилось всем больным на фоне общепринятой медикаментозной терапии в сочетании с гидромассажем. В результате курса лечения, который составлял, в среднем, 6-8 процедур, в 80 % случаев (130 человек) отмечена положительная динамика в виде уменьшения болевого синдрома, снижения напряжения паравертебральных мышц, уменьшения симптомов натяжения, чувствительных и двигательных расстройств. У 10 % (16 человек) появлялась кратковременная не выраженная боль в поясничной области при первых тракциях, так как растяжение наиболее сильно действует на поясничный отдел позвоночника. Боль при первых тракциях, сама по себе, не служит сигналом к прекращению курса процедур, и при последующих процедурах боль не возникала. У 13 человек (8 %) эффективность подводного вытяжения была низкой (реже уменьшались боли и исчезали объективные симптомы), что связано с длительностью заболевания и выраженностью патобιο-механических изменений в позвоночнике (грыжа диска более 6 мм). У 4-х человек (2 %) на 4-5 процедур возникал длительный болевой синдром, который быстро купировался противовоспалительными препаратами.

Это могло быть следствием индивидуальной плохой переносимости вытяжения. При дальнейшем наблюдении за этими больными, несмотря на прерванный курс, пациенты субъективно отмечали улучшение.



При применении этого метода необходимо учитывать противопоказания у больных остеохондрозом: обострение заболевания с резко выраженным болевым синдромом, нестабильность позвоночника, нарушение спинномозгового кровообращения, воспалительные спинальные синдромы, индивидуальная плохая переносимость, а также все противопоказания к гидро- и бальнеотерапии.

Одной из ключевых проблем в ведении неврологических больных является наличие болевого синдрома разной степени выраженности у пациентов, страдающих остеохондрозом позвоночника. Неврологическим проявлением синдрома являются рефлекторно-болевые и мышечно-тонические синдромы. Вертеброгенные боли появляются вследствие раздражения рецепторов наружного отдела фиброзного кольца, а также рецепторов передних и задних продольных связок диска.

На базе Центра реабилитации “Топаз” широко используется комплексный метод воздействия на патобиомеханические изменения в позвоночнике. Из методов физиотерапии применяют:

- синусоидальные модулированные токи (СМТ) паравертебрально и на болевую зону (ежедневно, курс 8-10 процедур);
- диадинамические токи на зону болей и сегментарно (курс 8-10 процедур, ежедневно);
- ультразвук, ультрафонофорез с противовоспалительными и анестезирующими средствами, сегментарно и на болевую зону, 10-12 сеансов;
- лазеропунктура болевых зон, 10 процедур;
- магнитотерапия, 10-15 процедур;
- аппликации озокерита и лечебной грязи, 10 процедур через день;
- дарсонвализация сегментарных и болевых зон (ежедневно, 10 сеансов).

Кроме того, применяются другие методы физического воздействия:

- рефлексотерапия, как наиболее адекватный, биологически обоснованный путь мобилизации собственных сил организма;
- лечебная гимнастика, направленная на укрепление мышечного корсета;
- массаж (ежедневно, 10-15 процедур);
- бальнеолечение, включает в себя лечебные ванны “Тонус+”; в основе линии средств “Тонус+” – холодные технологии получения молекулярных комплексов из “живых” природных биологически активных веществ;
- гидромассажные ванны в слабоминерализованной воде скважины 3151 Центра реабилитации “Топаз”.

Довольно часто у больных с различными неврологическими проявлениями остеохондроза формируются разнообразные психопатологические состояния. Поэтому в процессе медицинской реабилитации для них важно проведение психотерапевтических и психологических корректирующих мероприятий, способствующих предотвращению психогенной фиксации болевого синдрома, двигательных и других нарушений. Используя методы разъяснения и убеждения, необходимо добиваться адекватного отношения больного к своему состоянию, вырабатывать и укреплять положительные установки на выздоровление, реабилитацию, труд.

Таким образом, в хроническом периоде заболевания в лечебную программу могут входить методы аппаратной физиотерапии, медикаментозной терапии, бальнеотерапии, теплечения, массаж и метод горизонтального подводного вытяжения, психотерапия, что позволяет добиваться достаточно длительной ремиссии и улучшения качества жизни.



ВЛИЯНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ СКВАЖИНЫ 3151 ЦЕНТРА РЕАБИЛИТАЦИИ “ТОПАЗ” НА КЛИНИЧЕСКУЮ И СОНОГРАФИЧЕСКУЮ ДИНАМИКУ У БОЛЬНЫХ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Минеральная вода скважины 3151 Федерального государственного учреждения Центра реабилитации Фонда социального страхования Российской Федерации “Топаз” (Центр реабилитации “Топаз”) используется с 1989 г. Исследования минеральной воды впервые были проведены в 1997-1998 гг. Томским НИИ курортологии и физиотерапии. По составу это холодная, слабоминерализованная, гидрокарбонатная, магниевокальциевая, слабощелочная вода с высоким содержанием растворенных органических веществ. Вода отнесена к разновидности вод XXXI группы (ГОСТ 13273-88 “Воды минеральные питьевые лечебные и лечебно-столовые”).

Минеральная вода Центра реабилитации “Топаз” широко используется у больных с патологией желудочно-кишечного тракта и бронхолегочной системы. Отмечено положительное влияние данной воды на динамику клинического и эндоскопического состояния и эндоскопической картины у названных категорий больных.

Цель настоящего исследования

Изучение влияния минеральной воды Центра реабилитации “Топаз” на клиническую и сонографическую динамику у больных мочекаменной болезнью.

Материалы и методы

Исследовались пациенты Центра реабилитации “Топаз” и поликлиник города Мыски, страдающие мочекаменной болезнью и употребляющие минеральную воду Центра реабилитации “Топаз”. Исследование проводилось с июля 2003 г. по май 2004 г. Ультразвуковые исследования проводились на сканерах Sonoline SL-1 и Sonoase 8000. Использовались датчики 3,5-5 МГц.

За период исследования наблюдались 62 пациента с нефролитиазом, которые были разделены на 3 группы:

1-я группа – долговременного наблюдения – 12 человек (19,5 %). В эту группу входили пациенты поликлиники г. Мыски, имеющие возможность длительно употреблять минеральную воду Центра реабилитации “Топаз”. У большинства из них (10 чел.) размеры конкрементов более 7 мм.

2-я группа – кратковременного наблюдения – 42 человека (67,5 %). В нее вошли преимущественно

пациенты, находившиеся на реабилитационном лечении в Центре реабилитации “Топаз”. У 25 человек этой группы (40 %) в анамнезе выявлялись конкременты, присутствовал эпизодический болевой синдром. У 17 человек (27,4 %) было бессимптомное течение нефролитиаза. Конкременты у них были выявлены случайно в ходе обследования.

3-я группа – экстренные больные, у которых исследование проводилось по поводу почечной колики.

Результаты

В группе пациентов кратковременного наблюдения положительная динамика отмечена у 4-х пациентов (6,4 %), в виде уменьшения размеров конкрементов или их фрагментации.

В группе длительного наблюдения улучшение отмечено у 3-х пациентов (4,9 %). У всех больных размеры конкрементов были до 10 мм. У 2-х пациентов в ходе наблюдения отмечалось уменьшение размеров конкрементов до 4-5 мм. У одной пациентки, на фоне комплексного лечения (литотрипсия, уролитики, минеральная вода), отмечено полное исчезновение конкрементов.

В группе экстренных больных 4 наблюдаемых (6,4 %) были пациентами Центра реабилитации “Топаз”. У 2-х из них в анамнезе были эпизоды “отхождения” камней из почек, у 2-х пациентов почечная колика развилась впервые. Все исследуемые употребляли минеральную воду Центра реабилитации “Топаз” до развития почечной колики, поэтому можно сделать предположение о провоцирующей роли минеральной воды в генезе почечной колики.

К сожалению, размеры и локализация конкрементов до развития колики были установлены только у одного пациента – конкременты находились в проекции чашечек I порядка.

Заключение

Минеральная вода скважины 3151 Центра реабилитации “Топаз” может использоваться, как средство лечения мочекаменной болезни. Она обладает отчетливым мочегонным и умеренным ощелачивающим действием.

Камнерастворяющее действие воды выражено слабее, и отмечается преимущественно при длительном применении.



Показаниями к использованию данной воды могут быть конкременты почек малых размеров, находящиеся в высоких отделах чашечно-лоханочной системы, состояние после литотрипсин. Ограничением к использованию минеральной воды Цен-

тра реабилитации “Топаз” являются конкременты крупных и средних размеров, находящиеся в дистальных отделах чашечно-лоханочной системы – в чашечках I порядка, особенно верхней и средней, или в почечной лоханке.





В.В. ЗАХАРЕНКОВ, Г.И. ЧЕЧЕНИН, Ю.А. ГРИГОРЬЕВ, Е.Н. РЕПИН
ГУ НИИ комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний СО РАМН,
г. Новокузнецк

РОЛЬ ВЗАИМОТНОШЕНИЙ ВЛАСТИ И БИЗНЕСА В РЕШЕНИИ ВОПРОСОВ ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ РАБОТАЮЩИХ

Рассматриваются вопросы организации взаимодействия бизнеса и власти по охране здоровья работающих. Анализируется значимость контроля за условиями труда в плане профилактики профзаболеваний и производственного травматизма. Дается описание основных научных направлений института.

Ключевые слова: *здоровье работающих, условия труда, взаимодействие власти и бизнеса, научные направления института*

The organizational questions of business and power interaction in health protection of working population considered. The significance of working conditions control analyzed, including the occupational diseases and traumatism at work prevention. Description of the main scientific directions of the Institute also given.

Key words: *health of working population, working conditions, business and power interaction, scientific directions of the institute*

Президентом Российской Федерации В.В. Путиным определена одна из приоритетных задач до 2010 года – в два раза увеличить валовый внутренний продукт, как важнейшее условие повышения благосостояния населения страны. Решение этой задачи потребует, прежде всего, реструктуризации производства и интенсификации труда на основе внедрения новых технологий, что может быть выполнено при сохранении и укреплении здоровья лиц, занятых на производстве, поскольку они представляют трудовые ресурсы – производительную силу общества. Здоровье населения, в том числе трудящегося, находится в прямой зависимости от экономического развития страны; условий, уровня и образа его жизни, уровня образования. Важнейшими факторами, влияющими на здоровье работающих, остаются организация производства и медико-санитарного обслуживания, условия и режим работы [1, 2, 3].

Сложившаяся в настоящее время в стране ситуация со здоровьем работающих и медико-демографической обстановкой остается критической. Из приведенных В.И. Стародубовым данных [4] видно, что прогноз численности трудоспособного населения неблагоприятный, к тому же увеличивается демографическая нагрузка на работающих. Смертность населения трудоспособного возраста превышает аналогичный показатель по Евросоюзу в 4,5 раза, а от несчастных случаев, отравлений и травм, в сравнении с развитыми странами, – в 2,5 раза. Все сказанное происходит в сибирских регионах, в том числе в Кемеровской области, но с еще большими негативными проявлениями, обусловленными специфическими особенностями промышленного производства и экологической ситуацией. Здесь удельный вес занятого населения составляет более 60 %, смертность лиц трудоспособного возраста в 1,5 раза выше среднероссийского уровня. Высокими остаются травматизм и профес-

сиональная заболеваемость. Два процента (35 тыс.) от всего занятого населения получают регрессные иски.

Негативные тенденции просматриваются в соблюдении надлежащих условий труда. Почти 22 % из общей численности занятых работают с вредными условиями труда, 41 % работающих в черной металлургии находятся в условиях, не отвечающих санитарно-гигиеническим требованиям. В угледобывающей отрасли в подобных условиях при подземной добыче угля [5] работают от 70 % до 85 % рабочих. Улучшение условий труда тесно связано со снижением уровня общей и профессиональной заболеваемости.

При анализе профессиональной заболеваемости за последние 40 лет на Новокузнецком алюминиевом заводе, максимальное число впервые выявленных случаев профессионального флюороза зарегистрировано в 1988-1997 гг. Это связано с кумулятивным характером воздействия фторидов на организм работающих и формированием флюороза не ранее, чем через 10-15 лет. В 1998-2001 гг. наблюдается тенденция к отчетливому снижению уровня профессиональной заболеваемости, что в значительной степени связано с улучшением условий труда. Вероятно, эта тенденция примет еще более отчетливые контуры в ближайшие годы, например, в 2002 г. зарегистрирован лишь один случай профессиональной заболеваемости. То есть, отсутствие в какие-то годы зарегистрированных профессиональных заболеваний не отражает истинную ситуацию по состоянию здоровья работающих.

Затянувшийся процесс со сменой собственников, как в целом по стране, так и на предприятиях Кузбасса и в городе Новокузнецке в частности, не способствовал росту производства. Это привело к сокращению средств, выделяемых как на охрану здоровья и улучшение условий труда на производстве, так и в бюджеты всех уровней, и как результат



– свертывание профилактических программ, в то время как потребность в этих мероприятиях увеличивается с каждым годом.

Одновременно с этим изменились повседневные условия жизни рабочих. Здесь можно отметить нарушение динамического стереотипа, социально-психологическое напряжение, неуверенность в завтрашнем дне, боязнь быть уволенным, пренебрежение к своему здоровью и т.п. Все это не могло не сказаться на состоянии здоровья работающих, общее число которых постоянно сокращается. Потери лиц трудоспособного возраста в стране опережают потери населения в целом [6, 8]. Идет хронизация патологии, когда заболевания выявляются в далеко запущенных формах. По данным ряда исследований, только 13 % работающих можно отнести к числу здоровых. Напрашивается вопрос, о каком повышении производительности труда и профессиональном долголетии, особенно квалифицированных рабочих, машинистов грузочных машин, операторов прокатных станов и др., может идти речь?!

На основе вышеизложенного, можно констатировать необходимость создания новой системы взаимоотношений собственников крупного бизнеса с общественностью и властью, в основе которой должен быть положен принцип социальной ответственности в достижении главной цели – повышении благосостояния граждан. Для этого необходима жесткая политическая воля. Говоря о политической воле, мы имеем в виду, прежде всего, стратегию развития нашего государства и от того, по какому пути оно пойдет, будет зависеть методологический подход к охране труда. Известны три пути развития и три политики трудовых отношений [7].

Первый путь – это возврат к построению социалистического общества, когда вся рабочая сила принадлежит государству, осуществляется стройжайший повсеместный учет и контроль над производством и распределением продуктов в масштабах страны. В этих условиях государство берет на себя ответственность за создание надлежащих условий труда, безопасность и охрану здоровья работающих. При этом подходе желания граждан учитываются не всегда.

Следующий, альтернативный первому, путь – построение капиталистического общества. При этом сценарии развития общества будет другая политика и роль государства в охране профессионального здоровья и обеспечении безопасности. Здесь предпочтение отдается формированию гражданского общества, главной фигурой становится свободный гражданин. Рабочая сила является товаром, который продается и покупается по определенным правилам, по обоюдному согласию сторон. То есть, появляется возможность договариваться, четко очерчивать круг обязанностей и ответственности каждого: власти, работодателей, работающих. И, в конечном итоге, повышать качество и эффективность охраны труда и безопасность работающих, как делается во всех странах Западной Европы.

Дублинским фондом в 2001 г. проведен сравнительный анализ в 10 новых странах-претендентах в ЕС, который показал, что в этих странах требуется принятие серьезных мер в области профессионального здоровья и безопасности, поскольку трудящиеся в большей степени подвергаются негативным факторам производства: шуму, неудобству рабочего места, усталости и мышечно-скелетным расстройствам, чем их коллеги в западноевропейских странах. Комиссия европейского сообщества по профессиональному здоровью и нормированию, в связи с расширением Европейского Союза и ВТО, по результатам сравнительного анализа, в качестве перспективной задачи выдвигает стандартизацию норм профессионального здоровья и безопасности. Задача работодателей, власти и профсоюзов – добиться принятия и исполнения европейских стандартов по охране труда и безопасности. Стандарты являются фундаментальным вкладом в профессиональное здоровье и разработку профилактических мер по безопасности. Здесь особо следует отметить активную позицию, которая отводится профсоюзам и самим рабочим в создании стандартов.

Наконец, третий путь – смешанный (по Е.Н. Репину – “Мешанизм”) [7, 9]. В отличие от социализма, при этом сценарии рабочая сила принадлежит работнику, но условия ее продажи работодателю регламентируются государством. По отношению к рабочей силе, “Мешанизм” проявляется в:

- отделении от гражданского трудовым законодательством, ограничивающем свободу трудового договора;

- обязательном государственном страховании работников: пенсионном, по нетрудоспособности, медицинском, профзаболеваний и несчастных случаев на производстве;

- борьбе с безработицей, в отличие от борьбы с тунеядством при социализме. Ограничение трудового договора проявляется в невозможности заключения соглашения о сотрудничестве на длительные сроки; отработке долгов, установлении оплаты труда не менее определенного прожиточного минимума для каждой территории, продолжительности труда и отдыха.

Из сказанного выше становится ясно, что главным в совершенствовании охраны здоровья и безопасности работающих является четко сформулированный стратегический курс развития страны. До настоящего времени для нашей страны характерен, к сожалению, “Мешанизм”.

И, тем не менее, мы должны помнить, что “Труд”, “Капитал” и “Здоровье” – это три взаимосвязанных явления производственного процесса, которые требуют гармоничного развития и во многом зависят от взаимодействия бизнеса, власти, общественности. Прежде всего, речь идет о создании гражданского общества и ответственности власти и работодателей. Полагаем, что должен учитываться обоюдный интерес бизнеса, власти и общества в целом. Почему речь идет о взаимодействии, а не о влиянии бизнеса на развитие экономики? Дело в том, что в



нашей стране многие предприятия являются градообразующими и их воздействие на население в целом как позитивное, так и негативное. Например, в г. Новокузнецке по-прежнему сохраняется высокая степень загрязнения атмосферного воздуха и открытых водоемов выбросами промышленных предприятий и автотранспорта, что негативно отражается на состоянии здоровья населения города.

Организация взаимодействия власти, работодателей и трудящихся в гражданском обществе строится на четком распределении обязанностей, установлении “границ” [10, 12] и безусловном выполнении законов и договорных обязательств сторон. Чтобы определить и распределить обязанности сторон потребуются их тщательное изучение и обоснование с системных позиций, поскольку создались новые взаимоотношения “власти, бизнеса, трудового коллектива”. Прежде всего, необходимо провести анализ существующих взаимосвязей и выявить проблемные ситуации. А для того, чтобы выявить проблемы, потребуется разработка научно обоснованных стандартов, нормативов. Затем, с учетом целевых функций, установленных при выборе стратегии развития страны, определить функциональные обязанности каждого участника, а после этого их взаимодействие, и наполнить информационным содержанием. Далее предложить технологию взаимодействия (установить границы), провести обучение по организации контроля, аудита, создать адекватное информационное обеспечение. То есть, использовать предложенную Е.Н. Репиным науку о межах и границах в процессе трудовых отношений – терминомику [7].

Терминомика базируется на очевиднейших базовых положениях (аксиомах). Но эти аксиомы дают далеко не очевидные следствия, противоречащие многим общепринятым установкам.

Главная роль государства, по нашему мнению, должна заключаться в выполнении внешних целей, создании законодательно-правовой базы по инициативе общества и обеспечении неперемного их выполнения, создании необходимых условий для формирования гражданского общества.

В современной России нет достаточно уважительного отношения к границам. Проявляется это неуважение в том, что политики полагают, будто кроме защиты границ у них есть две другие задачи, более важные. Ниже приведем некоторые избыточные функции государства.

Первая задача – экономическая. Иногда это максимальный рост производства, иногда – нулевой рост и стабильность, чтобы защитить природу [7], иногда – стабильный экономический рост. Бывает еще подержка отечественного товаропроизводителя, конкуренции, малого предпринимательства, положительного платежного баланса. А еще – борьба с монополиями, безработицей, инфляцией, стагнацией экономики. Все эти функции государства избыточны.

Вторая задача – социальная. В Конституции России провозглашена социальным государством. Со-

циальная задача заключается в социальной защите и наведении социальной справедливости. Это – перераспределение доходов от богатых к бедным. Это – гарантированный социальный пакет: пенсионное обеспечение, государственное страхование от безработицы, нетрудоспособности, несчастных случаев на производстве, болезней, бесплатное образование и здравоохранение. Эти функции государства также избыточны.

Решение экономической и социальной задач требует немалых средств, для чего государство обязывает своих граждан платить налоги. Налоги должны платить даже те, кому не нравятся экономические и социальные услуги государства. В этом просматривается нарушение границ.

Подобная социально-экономическая политика порождает опасные для жизни и здоровья последствия. Государственное и муниципальное здравоохранение остаются плохо оснащенными, а врачи в них – бедными. Государство, соучаствующее в нарушении границ, вместо того, чтобы противодействовать этому, теряет уважение. При этом отношения граждан, построенные на взаимном согласии, добровольности, договоре, уважении к границам, являются стержнем либерального общественного устройства.

В отличие от социалистов, которые готовы возложить на демократически выбранные властные структуры любые функции, либералы считают, что вмешательство государства в частные дела необходимо свести к минимуму [9], и только в таких условиях возможно избежать нарушений границ [11].

Любая власть от имени общества претендует на три роли [10]: надзорную (военно-полицейскую), публично-созидательную и патерналистскую. При либеральном подходе публичная власть выполняет эти роли в сфере охраны здоровья следующим образом.

Надзорная (военно-полицейская) – в охране здоровья превращается в санитарный надзор. Вмешательство государства в решение спорных вопросов необходимо только тогда, когда виновный не соглашается с предъявленным ему счетом со стороны потерпевшего или третейского суда, когда ущерб наносится государственному, а не частному имуществу, или когда ущерб ложится на многих граждан, и в этом случае лучшим вариантом действий являются коллективные.

Публично-созидательная роль государства в охране здоровья – когда власть уполномочивается народом выступать в роли организатора коллективных действий. В этой роли она формирует спрос и цены на блага, пользу от которых совершенно свободно получает или может получить любой член общества. Она продает блага, владеть которыми становится неэффективно. Государство должно обосновывать и доказывать обществу необходимость своих функций.

Патерналистская роль государства – когда в социалистической доктрине медицинская помощь,



продовольствие, жилье, одежда, обучение и воспитание граждан – прямая забота государства. В либеральном обществе люди обеспокоены ростом государственного патернализма. Особенно сильна медицинская опека государства над гражданами. Либералы полагают: лучшее, что может сделать государство для благополучия граждан, это устранившись от заботы об их благополучии. Ведь гарантированное государственное довольствие детренирует людей, превращает их в ленивых и беспомощных существа, отучает их помогать друг другу частным образом из-за привычки к казенной помощи. В обществе, в котором государству позволено вмешиваться в перераспределительные процессы с целью выравнивания доходов, ущемляются таланты, подрываются стимулы к труду, разбухает бюрократия, тормозится производство. Самое парадоксальное, что масштабные перераспределительные процессы, задуманные для выравнивания доходов, не достигают поставленной цели.

По мнению либералов, государственное обеспечение уместно лишь по отношению к детям, душевнобольным и немощным, если их не содержат родные и близкие, а частных пожертвований не хватает. Нет возражений и против роли опекуна, который может лучше опекаемого знать, что для него хорошо, а что плохо. Но эта роль уместна только по отношению к детям и душевнобольным.

В России вряд ли возможно резко отказаться от патерналистской роли государства по отношению к взрослым, здоровым людям. Слишком уж привыкли миллионы людей видеть в государстве отца – воспитателя и кормильца. Поэтому сворачивание государственного патернализма в России должно сочетаться с просветительской работой, в результате которой люди бы осознали цену государственной опеки и стали бы требовать отказа от нее.

Взаимоотношения между работодателями и работающими должны строиться на партнерских отношениях. Отдельные крупные промышленные компании, крупнейшие работодатели и налогоплательщики, понимая свою ответственность и руководствуясь стратегическими целями развития компаний, придают исключительное значение всему комплексу социальных вопросов, прежде всего, вопросам создания условий для здорового образа жизни и здоровой общественной среды. Широко известен в стране положительный опыт решения социальных вопросов и охраны здоровья не только работающих, но и членов их семей, населения в целом, поскольку многие предприятия являются градообразующими (Череповец, Липецк, Новокузнецк и др.).

Решение задачи совершенствования охраны здоровья работающих требует исследования влияния всего комплекса факторов на состояние работающего человека и, на их основе, разработки программы превентивных мероприятий. Осуществить это возможно лишь в том случае, когда решающим условием успешной деятельности любой компании является эффективная социальная политика, осно-

ванная на партнерских отношениях со своими работниками, государством и обществом.

В компании “ЕвразХолдинг” серьезное внимание уделяется улучшению условий труда и безопасности на своих предприятиях. Так, в ОАО ЗСМК разработана целевая программа по техническому перевооружению устаревшего оборудования в литейном цехе. В ОАО НКМК разработана программа модернизации и технического перевооружения, которая предусматривает рост производства электростали до 1,5 млн. тонн в год. Техническое перевооружение предприятия предусматривает решение экологических проблем: строительство газоочистных сооружений ЭСПЦ-2 на пятой доменной печи и ряд других природоохранных мероприятий. В коллективные договоры и соглашения по охране труда организаций холдинга вносятся организационно-технические мероприятия, обеспеченные финансированием, направленные на снижение уровней производственного травматизма и профессиональной заболеваемости, улучшение окружающей среды. В ОАО ЗСМК затраты на реализацию этих мероприятий в 2002 г. составили более 54 млн. рублей. Расходы на улучшение и охрану труда в ОАО НКМК и других организациях составляют от 0,35 % до 1,39 % от всех затрат на производство. В холдинге создан Социальный совет горно-металлургического комплекса “ЕвразХолдинг”, куда вошли представители власти, работодателя, топ-менеджеры, профсоюзы и др.

Основным звеном взаимодействия администрации и профсоюзных организаций в работе по охране труда является общественный институт уполномоченных (доверенных) лиц по охране труда. Во всех организациях созданы совместные комитеты (советы) по охране труда. Так, в структурных подразделениях ОАО ЗСМК избраны и работают 1360 уполномоченных (доверенных) лиц по охране труда. Они ежегодно подают около 17 тысяч предложений и замечаний, направленных на предупреждение случаев травматизма, улучшение условий труда на рабочих местах. В ОАО НКМК общественный контроль осуществляют 880 уполномоченных. В Таштагольском руднике – 87 уполномоченных по охране труда, которыми было подано около 8 тыс. предложений.

Здесь уместно отметить, что уполномоченные не всегда обеспечены справочными и методическими материалами, необходимыми для работы. Полагаем, что в этой ситуации недостаточно активно работают НИИ гигиенического профиля, в том числе и наш институт.

Решением Социального совета, созданного в компании, предусмотрено заключение финансового договора с ГУ НИИ комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний СО РАМН на проведение научного исследования по обоснованию разработки комплексной программы охраны здоровья работающих на НКМК.

Институт имеет опыт проведения подобных научно-исследовательских работ. Научные исследова-



ния по данной проблеме ведутся здесь по научным направлениям, сформулированным при организации института на трех уровнях:

- популяционном;
- групповом (социальные группы, в том числе работающие);
- индивидуальном.

На популяционном уровне, по рассматриваемой в данном сообщении проблеме, институтом (В.В. Бессоненко и др.) научно обоснована концепция социально-гигиенической паспортизации – прообраз социально-гигиенического мониторинга (СГМ), совместно с ГИДУВом и КМИАЦ разработана система информационного обеспечения органов управления, руководителей предприятий, общественных организаций на уровне крупного промышленного города. Заканчивается исследовательская работа и проектирование СГМ общественного здоровья и среды обитания на муниципальном и региональном уровнях. В настоящее время в городе внедрены два блока из трех: “Здоровье” и “Среда обитания”. Проведены социально-гигиенические исследования по поиску резервов увеличения продолжительности жизни населения Сибири (медико-демографические и медико-социальные аспекты).

Научно обоснованы подходы и технология использования интегральных оценок общественного здоровья и среды обитания на региональном уровне. Научно обоснована и разработана перспективная модель медико-социальной реабилитации инвалидов трудоспособного возраста, детей-инвалидов и др.

На групповом уровне выполнен достаточно большой объем исследований, прежде всего, по комплексной оценке здоровья трудовых коллективов (на примере металлургических производств). Предложены гигиенические основы оценки риска нарушений здоровья различных групп населения под влиянием атмосферных загрязнений, разработаны гигиенические основы оценки риска нарушений здоровья у рабочих НКЗА и шахтеров угольных разрезов.

Доказано, что методология оценки риска здоровья органично сочетается с системой формирования санитарно-гигиенических рекомендаций и мероприятий по формированию управляющих решений, носит фундаментальный характер и может быть эффективным инструментом санитарного надзора. Предложена система мониторинга профессиональных заболеваний.

На индивидуальном уровне проведено изучение хронической фтористой интоксикации на основе анализа костных проявлений с использованием трепанобиопсии, позволившее обосновать новое понятие “фтористой остеопатии”, интегрально объединяющее весь спектр костных изменений при этой интоксикации, и разработать рекомендации. Изучено действие фтора на организм. Обосновано новое направление в изучении гемодинамики малого круга кровообращения и

сердца при пылевой патологии с позиции системности ее характера в связи с хронически протекающим воспалительным процессом. Предложено новое перспективное направление – изучение медленных волновых процессов в организме человека при различных функциональных состояниях. Изучены клинко-спектральные медленно волновые синдромы гемодинамики, определены признаки энергодефицитных состояний и предложены пути их коррекции. Выявлены генотипические особенности предрасположенности работающих к тем или иным профессиональным заболеваниям и другие исследования, характеризующиеся комплексным подходом к изучению патогенеза, разработке новых методов диагностики и профилактики профессиональных заболеваний.

В перспективе, на ближайшие десять лет, институт будет продолжать работу по научным направлениям, определенным ему при открытии, которые актуальны и в переходный период. Объекты изучения – здоровье населения, отдельных социальных групп, индивидуума и факторы, на него влияющие, – остаются без изменения.

Изменяется предмет изучения – условия труда и жизни, состояние здоровья на трех уровнях (популяционном, групповом, индивидуальном), а также система охраны здоровья, в том числе работающих.

Методологическая основа научных исследований базируется на системном подходе, концепции рисков, гигиеническом нормировании, новых информационных технологиях, концепции медленных волновых процессов, новом научном направлении терминологии и т.п.

Исходя из вышеизложенного, представители науки, в том числе сотрудники института, для эффективного взаимодействия власти, бизнеса и работающих, организуют изучение и анализ состояния здоровья отдельных социальных групп и населения муниципальных образований и регионов, с целью повышения ответственности за профессиональное здоровье и оперативного представления информации всем участникам производственного процесса. Институт примет участие в научном обосновании индикаторов контроля и оценки здоровья населения и природной среды. Обоснует систему информационного обеспечения власти, общества и бизнеса для законотворческой деятельности и контроля за соблюдением законов.

При широком комплексировании, институт примет активное участие в научном обосновании и разработке перспективной модели системы охраны труда работающих в стране и разработке автоматизированной системы мониторинга здоровья и среды обитания.

Таким образом, планируемый комплексный подход к решению проблем охраны здоровья работающих, предусмотренный законодательными актами в соответствии со стратегией социального развития страны, создаст экономическую заинтересованность всех субъектов производственного процесса.



ЛИТЕРАТУРА:

1. Мат. I Всерос. конгр. "Профессия и здоровье", Москва, 19-21 ноября 2002 г. – М., 2002. – 736 с.
2. Мат. II Всерос. конгр. "Профессия и здоровье", Иркутск, 18-19 сентября 2003 г. – М., 2004. – 480 с.
3. Измеров, Н.Ф. Концептуальные подходы к сохранению и укреплению здоровья работающего населения России /Измеров Н.Ф. //Бюл. науч. совета "Медико-экологические проблемы работающих". – М., 2003. – № 1. – С. 4-10.
4. Стародубов, В.И. Перспективы и источники формирования трудоспособного населения в России / Стародубов В.И. //Бюл. науч. совета "Медико-экологические проблемы работающих". – М., 2003. – № 1. – С. 8-13.
5. Измеров, Н.Ф. Современные проблемы медицины труда в горнодобывающей промышленности / Измеров Н.Ф., Головкова Н.П., Чебаторев А.Г. //Бюл. науч. совета "Медико-экологические проблемы работающих". – М., 2003. – № 1. – С. 41-45.
6. Профессиональный риск для здоровья работающих: от оценки к управлению /Курилов К.С., Захаренков В.В., Швец Т.И. и др. //Бюл. науч. совета "Медико-экологические проблемы работающих". – М., 2003. – № 1. – С. 16-18.
7. Репин, Е.Н. Политика охраны здоровья и жизни людей с позиции терминомики /Репин Е.Н., Репина Н.А., Григорьев Ю.А. //Мат. XXXIX межд. н.-пр. конф. "Здоровье работающего населения". – Новокузнецк, 2004. – С. 27-32.
8. Захаренков, В.В. О социальной ответственности бизнеса и власти за здоровье работающих /Захаренков В.В., Чеченин Г.И. //Мат. XXXIX межд. н.-пр. конф. "Здоровье работающего населения". – Новокузнецк, 2004. – С. 11-16.
9. Корнай, Я. Путь к свободной экономике: Страстное слово в защиту экономических преобразований /Корнай Я. – М., 1990. – 149 с.
10. Репин, Е.Н. Миф о социуме /Репин Е.Н., Репина Н.А. //Обществ. науки и современность. – 1996. – № 5. – С. 28-33.
11. Рэнд, А. Апология капитализма /Рэнд А. – М., 2003. – 360 с.
12. Хинтерэггер, Г. Основные принципы достижения устойчивого промышленного развития в Европе /Хинтерэггер Г. – Новосибирск, 1993. – 47 с.



ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ТРУДЯЩИХСЯ УГЛЕДОБЫВАЮЩИХ ПРЕДПРИЯТИЙ НА САНАТОРНОМ ЭТАПЕ

В 1979 г. на берегу пруда в Зенковском парке в г. Прокопьевске был открыт санаторий-профилакторий шахты “Центральная” на 300 мест. Санаторий оздоравливал работников угольной промышленности г. Прокопьевска.

В связи с сокращением промышленного производства в 90-е годы, санаторий прекратил свое существование. К этому времени он пришел в упадок. Медицинское оборудование, мягкий и твердый инвентарь морально и физически устарели, корпуса профилактория пришли в непригодное состояние.

В 2000 году Генеральный директор ООО НПО “Прокопьевскуголь” А.А. Бобовников, по согласованию с Губернатором Кемеровской области А.Г. Тулеевым и профсоюзными организациями угольщиков, принял решение о восстановлении санатория. С этого времени началась новая жизнь здравницы. 19 августа 2002 года был открыт после реконструкции ныне действующий санаторий.

Санаторий расположен в живописном лесу на берегу Зенковского пруда, в 30 км от г. Новокузнецка и 9 км от г. Прокопьевска. Санаторий рассчитан на 100 мест (номера 2-х местные, одноместные, “люкс”). Сегодня санаторий “Шахтер” проводит лечение больных с заболеваниями нервной системы, опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой системы, органов дыхания. На базе санатория функционирует детский санаторный оздоровительный лагерь на 60 мест. Дети размещаются в благоустроенном спальном корпусе со всеми удобствами, в комнатах на 2-4 человека. Во всех номерах есть санузел, ванна.

Штат санатория укомплектован высококвалифицированными медицинскими кадрами. Врачами санатория активно ведется научная работа, совместно с сотрудниками кафедр Кемеровской государственной медицинской академии и Новокузнецкого ГИДУВа. Врачи ежегодно принимают участие в научно-практических конференциях, публикуют печатные работы, методические рекомендации.

Санаторий располагает мощной лечебно-диагностической базой, необходимой для лечения заболеваний по профилю санатория и сопутствующим состояниям. При необходимости проводится диагностическое обследование, по назначению врача выполняются лабораторные анализы, электрокардиография, ультразвуковые исследования, консультации узких специалистов.

Лечебная база представлена полным набором традиционных кабинетов: грязелечения, водолечения, гидромассажа, фототерапии, иглорефлекс-

терапии, психотерапии, механотерапии, лечебной физкультуры, ручного и механического массажа, магнитотерапии, спелеотерапии.

Для лечения органов дыхания имеется оборудованный кабинет спелеоклиматолечения на 10 мест, кабинет ингалятория, где проводятся ингаляции с травами и лечебными препаратами. Грязевое отделение на 8 кушеток – применяется грязь карачинская и красноозерская. Водолечебница отпускает разный ассортимент ванн: скипидарные, хвойные, йодо-бромные, жемчужные, сероводородные, жидкая лечебная рапа озера “Островное”, бишофитовые ванны. Гидропатия представлена различными душами: циркулярный, дождевой, восходящий, Шарко. В физиотерапевтическом отделении проводятся лекарственный электрофорез, электросон, ультразвуковая терапия, дарсонвализация, УФЧ-терапия, электростимуляция, амплипульстерапия, магнитолазерная терапия, солярий, механическое кресло-массаж, гидрожет. Процедурный кабинет оснащен набором современных медицинских препаратов. Кабинет лечебной физкультуры оборудован различными приспособлениями и тренажерами.

За 1,5 года своей деятельности в санатории пролечились 915 человек, из них, детей – 421 чел., взрослых – 494 чел. Рабочих – 195 человек (39,5 %), ИТР – 77 человек (15,6 %), служащих – 86 человек (17,4 %), прочие – 136 человек (27,5 %). Основной возрастной состав отдыхающих – лица в возрасте 40-50 лет, что составило 69 %. По нозологии это, преимущественно, больные с патологией позвоночника (распространенный остеохондроз) и другими заболеваниями органов движения (66 %).

Соблюдение современных реабилитационных мероприятий с использованием лечебной физкультуры, грязелечения, физиотерапии и др. у больных с остеохондрозом и остеоартрозами позволяет восстановить трудоспособность в 92 % случаев. Выписаны с улучшением 96 % пациентов, без улучшения – 4 %.

В настоящее время на базе нашего санатория развернуто отделение реабилитации лиц, пострадавших на угольных предприятиях г. Прокопьевска. В связи с этим, открыты дополнительные кабинеты: ортопедо-травматический и пульмонологический.

Для обслуживания отдыхающих, в санатории работают бар, бильярдный, тренажерный, танцевальный и спортивный залы, теннис, пункт проката, сауна, спортивные площадки, горнолыжная трасса, пляж, лодочная станция.



На базе санатория проводятся конференции, совещания. Для этого имеется удобный конференц-зал.

В свободное время проводятся культурно-развлекательные программы: танцевальные вечера, поездки в цирк, театр.



ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПНЕВМОКОНИОЗОВ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

В угольной отрасли, несмотря на закрытие многих шахт, продолжают работать более 130000 трудящихся региона. Если профессиональная заболеваемость по Кемеровской области составляет 16 человек на 10000 работающих, то в угольной отрасли – 113 человек. Половина из этих больных – это больные от воздействия промышленных аэрозолей. По Кемеровской области это составляет 49,4 %. Количество больных с пневмокониозами, состоящих на учете в областном центре профпатологии (ППЦ), с годами практически не уменьшается. Так, в 1998 г. на учете в ППЦ было 4219 человек, в 1999 г. – 4359 чел., в 2001 г. – 4008 чел., в 2002 г. – 3964 чел., в 2003 г. – 3264 чел. За период с 2000 г. до 2003 г. умерли 686 человек. Особенно много умерших было в 2002 г. (204 чел.) и в 2003 г. (180 чел.). Основная причина смерти – прогрессирующая дыхательная недостаточность (ДН).

Анализ медицинской документации по центру профпатологии позволил выявить некоторую закономерность:

1. На периодических медицинских осмотрах (ПМО) улучшилась первичная рентгенологическая диагностика пневмокониозов. Об этом свидетельствует уменьшение разницы между предварительным диагнозом на ПМО и заключением в ППЦ. Так, в 2000 г. с предварительным диагнозом “пневмокониоз” было 115 человек. На заключительном этапе, в ППЦ, диагноз был подтвержден у 26 человек, т.е. у 22,6 % пациентов. В 2001 г. соотношение пациентов с предварительным и окончательным диагнозом составило 212 чел. и 113 чел., соответственно, т.е. диагноз был подтвержден у 53,3 % больных. В 2002 г. зарегистрировано, соответственно, 214 чел. и 117 чел., подтверждение диагноза получено у 55 % больных. В 2003 г. предварительный диагноз совпал с заключительным у 62 % пациентов.

2. Меньше стало запущенных случаев.

3. Увеличилось число больных с интерстициальными формами пневмокониозов, даже при работе с высокоагрессивной пылью.

4. Чаше стали регистрироваться пневмокониозы у электросварщиков.

5. Появились больные с пневмокониозами среди кочегаров, золыщиков, водителей по вывозу породы.

6. Возросло число случаев, когда пневмокониоз выявлялся после дополнительных методов диагностики (КТ легких, открытая биопсия легких).

7. Отмечены два случая, когда пневмокониоз поставлен только посмертно, на секции. В обоих случаях поводом для отказа в диагнозе “пневмокониоз” было наличие больших, даже гигантских булл в легких.

В диагностике пневмокониозов есть свои трудности и проблемы:

- различный уровень подготовки врачей-рентгенологов по профпатологии заболеваний органов дыхания;

- отсутствие единого стандарта обследования подобных больных;

- отсутствие единых подходов к диагностике пневмокониозов, поэтому встречаются случаи, когда в течение 5 лет (!) после каждого ПМО больного госпитализировали с диагнозом “очаговая пневмония”;

- врачи не могут провести дифференциальную диагностику между ХНЗЛ и хроническими диссеминированными заболеваниями легких, к которым относится и пневмокониоз;

- редко проводится гистологическая верификация диагноза;

- не внедряются методы донозологической диагностики пневмокониозов (содержание оксипролина в моче, хемилюминесценция КМТОК крови, бронхоальвеолярный лаваж, определение альфа-1-антитрипсина в крови);

- практически нигде не проводится профилактическое лечение в группе риска по пневмокониозу; врачи не знают современных методов лечения пневмокониоза.

Таким образом, диагностика профессиональных заболеваний легких остается не только социальной и экономически значимой проблемой, но и довольно сложной с точки зрения клинической.

Диагностические ошибки приводят не только к экономическим потерям, но и к неправильному лечению. Поэтому необходимы образовательные программы, как для пациентов с пневмокониозами, так и для врачей ЛПУ, занимающихся диагностикой заболеваний легких, в том числе профессиональных.



В.З. БАСОВ, А.М. СИГАРЕВ

Кузбасский научно-исследовательский институт травматологии и реабилитации
Новокузнецкого ГИДУВа,
г. Прокопьевск

ПРОФИЛАКТИКА РУБЦОВО-СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ СУХОЖИЛИЙ

Строение скользящего аппарата сухожилий сгибателей пальцев отличается чрезвычайной сложностью, что объясняет возникновение трудностей при лечении больных с тяжелыми повреждениями сухожилий. Общепринятым способом лечения больных со спаянием сухожилий является тенолиз, заключающийся в том, что во время операции иссекаются рубцы и спайки, окружающие сухожилие. Этот метод довольно часто не дает положительного эффекта вследствие того, что рубцово-спаечный процесс неизбежен, вновь ведет к образованию спаек и ограничению движений кисти и пальцев. Удовлетворительные функциональные результаты после тенолиза, по данным различных авторов, колеблются в пределах 50-60 % случаев.

Цель работы – улучшить ближайшие и отдаленные результаты лечения больных с тяжелыми повреждениями сухожилий.

Материалы и методы

В Сибирском межрегиональном центре микрохирургии, с 1997 г. по 2003 г. на лечении находились 41 пациент с тяжелыми последствиями повреждений сухожилий сгибателей кисти и пальцев. Все больные были с дефектами сухожилий сгибателей кисти и (или) предплечья. Преобладали пациенты, которым ранее проводились санирующие оперативные вмешательства после тяжелых повреждений (ранение циркулярной пилой, электроожог 3-4 степени и т.д.).

Больные были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 35 пациентов, которым была проведена свободная тендопластика сгибателей по общепринятой методике. Вторую группу составили

6 человек, которым после тендопластики дополнительно было сформировано сухожильное влагалище, путем трансплантации кровоснабжаемого фасциального аутоотрансплантата на боковой артерии грудной клетки либо фасциальных ветвях грудоспинной артерии.

Результаты

У больных первой группы мы наблюдали сращение сухожильных трансплантатов с окружающими тканями, за счет которых происходила их реваскуляризация. Но, с другой стороны, пролиферация соединительной ткани вокруг сухожильных трансплантатов, по нашим данным, в 85,7 % случаев (30 пациентов) привела к нарушению их скольжения и формированию стойкой сгибательной контрактуры пальцев. Несмотря на проведение в послеоперационном периоде рассасывающей терапии, всем больным потребовалось проведение тенолиза.

У больных второй группы используемая методика позволила предотвратить образование рубцовых сращений сухожилий с окружающими тканями и избежать проведения повторных оперативных вмешательств.

Выводы:

Оптимальное сочетание методов традиционной пластической хирургии и способов восстановления тканей с применением микрохирургической техники при лечении тяжелых последствий повреждений кисти и предплечья позволяет добиться более эффективных результатов, чем применение только традиционных методов.





В.З. БАСОВ, С.В. САРАТОВЦЕВ

Кузбасский научно-исследовательский институт
травматологии и реабилитации Новокузнецкого ГИДУВа,
Областная клиническая ортопедохирургическая больница восстановительного лечения,
г. Прокопьевск

МИКРОХИРУРГИЧЕСКИЕ СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО СЛОЖНОЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Возможности использования традиционных способов пластики при лечении больных с глубокими и обширными дефектами тканей конечностей были и остаются в значительной мере ограниченными. Внедрение микрохирургических способов оперирования позволило открыть принципиально новые возможности в травматологии и ортопедии.

Известно, что местные нарушения кровообращения играют важную роль в патогенезе ложных суставов костей конечностей. Использование свободных кровоснабжаемых лоскутов для пластики рубцово-измененных тканей в области псевдоартрозов позволило успешно разрешить эту проблему. В отделении микрохирургии на лечении находились 4 больных с обширными порочными рубцами и ложными суставами конечностей. Все пострадавшие ранее были оперированы на пораженных сегментах конечностей в других стационарах с использованием различных способов остеосинтеза. У двух пациентов имелся ложный сустав большеберцовой кости, у одного – плечевой кости и еще у одного больного – локтевой кости. Всем пострадавшим после иссечения порочных рубцов были проведены остеосинтез (локтевой кости – пластиной, в остальных наблюдениях – по Илизарову) и пластика раневого дефекта кровоснабжаемым кожным лоскутом с наложением микроанастомозов. У всех больных была достигнута консолидация.

В отделении микрохирургии у 7 больных использовался метод стимуляции остеогенеза путем свободной пересадки в область дефекта или ложного сустава кровоснабжаемого костного трансплантата. Все пациенты ранее также неоднократно были оперированы в других стационарах. У трех больных патологический процесс локализовался на плече-

вой кости, у трех – на большеберцовой кости, и у одного – на локтевой кости. Для замещения костного дефекта или ложного сустава использовали кровоснабжаемые костные аутотрансплантаты из гребня подвздошной кости, малоберцовой кости и лопатки. Консолидация ложного сустава была достигнута у 5 человек, у двух пациентов сращение не наступило.

Лечение последствий травматических отчленений пальцев кисти является сложной проблемой пластической и реконструктивной хирургии конечностей. В отделении микрохирургии, с целью восстановления функции хвата кисти, 34 пострадавшим с культиями кисти проводилась свободная трансплантация пальцев стопы с наложением микрососудистых анастомозов. Из них, 4 больным была выполнена пересадка двух пальцев с разных стоп. Отдаленные результаты изучены у всех пациентов. Приживление пальцев и восстановление функции хвата достигнуто у 33 больных, у одного человека приживление пересаженного пальца не наступило.

Иногда, при лечении больных с культиями кисти, возникают ситуации, когда возможности использования микрохирургической техники ограничены. Речь идет о больных с культиями предплечья. Оказывая помощь данным больным, уместно вспомнить классические методы лечения, к которым относится операция Крукенберга. По данной методике оперировано 5 человек с положительными результатами.

Как показывает практика, внедрение новых методов лечения позволяет значительно повысить уровень оказания специализированной хирургической помощи значительной группе больных ортопедо-травматологического профиля.



С.А. ГОЛЬВИДИС, Н.М. ВОДЯНОВ, А.Д. ЗАМУЛИН

Кузбасский научно-исследовательский институт
травматологии и реабилитации Новокузнецкого ГИДУВа,

Областная клиническая ортопедохирургическая больница восстановительного лечения,
г. Прокопьевск

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ТАЗОБЕДРЕННОМ СУСТАВЕ

Проведен анализ результатов оперативного лечения больных с заболеваниями и последствиями травм тазобедренного сустава. На основании исследования сывороточных факторов иммунитета, разработан способ прогнозирования осложнений при плановых операциях в ортопедии. Предложен комплекс организационных и клинико-лабораторных мероприятий по профилактике гнойно-воспалительных осложнений в послеоперационном периоде. Использование оригинальных профилактических мер снижает стоимость лечения, как минимум, на 30 %.

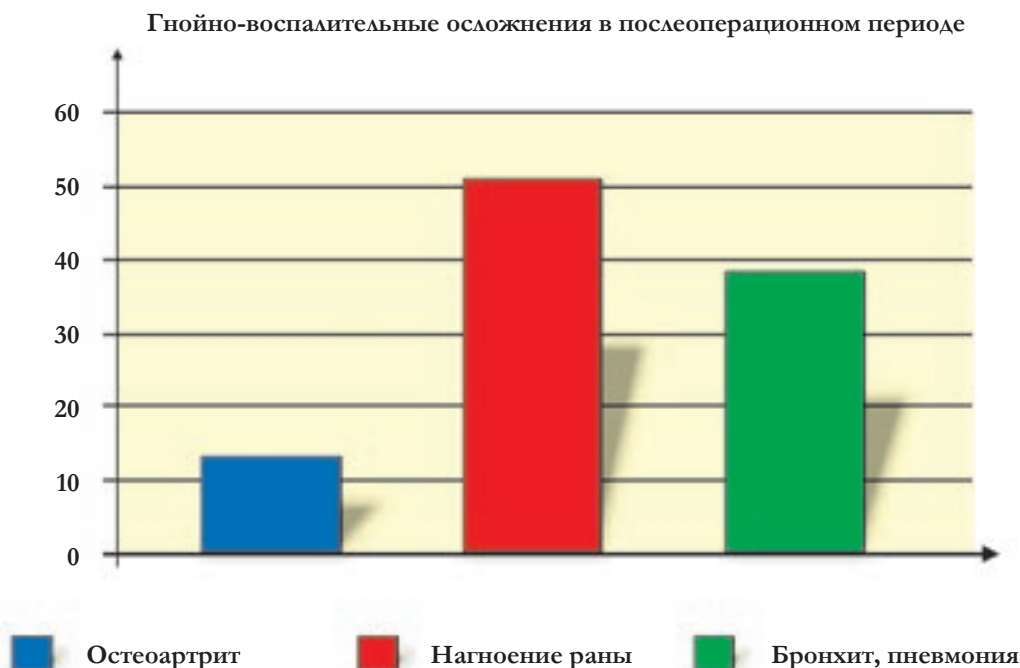
Главной целью деятельности системы здравоохранения является качество медицинской помощи. Особую актуальность эта проблема приобретает при организации профилактики послеоперационных осложнений в ортопедии, достигающих 17,4 % при плановых операциях в области тазобедренного сустава (С.М. Белоцкий, 1980; 1987; В.П. Абельцев, 2002; Т.Я. Пхакадзе и соавт., 2002).

Целью настоящего исследования явилась разработка организационных и клинико-лабораторных мероприятий, проводимых в период предоперационной подготовки, для профилактики гнойно-воспалительных осложнений в послеоперационном периоде.

Материалом для изучения динамики информационных характеристик системы сывороточных факторов неспецифической резистентности (бактерицидной и бета-дитической активности сыво-

ротки) служили результаты исследования сыворотки крови 101 пациента с заболеваниями и последствиями травм тазобедренного сустава, находившиеся на оперативном лечении в клинике ортопедии Областной клинической ортопедохирургической больницы восстановительного лечения (ОКОХБВЛ). Большинство пациентов представлено мужчинами – 62,4 %, женщин – 37,6 %. В анализируемой группе коксартроз зафиксирован у 64 пациентов (из них, у 10 человек – посттравматический), асептический некроз головки бедра – у 37 человек (36,6 %). Двухстороннее поражение суставов отмечено у 30,7 % больных. У 68,3 % пациентов при предоперационном обследовании диагностирована 3-4 стадия патологического процесса. Все больные предъявляли жалобы на выраженный болевой синдром. Послеоперационный период осложнился у 24 пациентов (23,8 %) (рис. 1).

Рис.1



Результаты сопоставления количественных характеристик бета-литической и бактерицидной активности сыворотки крови, с соответствующим

им вариантом течения послеоперационного периода, (гладкий или осложненный) представлены в таблице.

Таблица

Прогностические интервалы бактерицидной и бета-литической активности крови на этапе предоперационной подготовки

Бета-лизины (%)	БАСК, %	Послеоперационный период		
		гладко	осложненно	для прогноза
< 13	> 75	3 больных	7 больных	100 % осложненно
	≤ 75	-	5 больных	
13-74	> 75	67 больных	1 больной	98,5 % гладко
	≤ 75	6 больных	4 больных	
≥ 75	> 75	-	-	100 % осложненно
	≤ 75	-	8 больных	

Из таблицы следует, что осложнения в послеоперационном периоде зафиксированы при значении бета-лизинов менее 13 % или более 75 % и бактерицидной активности сыворотки крови менее 75 %. При значении бета-лизинов в интервале 13-75 % и значении БАСК более 75 % гладкое течение послеоперационного периода наблюдали в 98,5 %. Используя в качестве прогностических критериев значения бактерицидной активности сыворотки и бета-лизинов у 80,2 % пациентов, с вероятностью 98,5-100 % возможно прогнозирование гладкого

или осложненного течения послеоперационного периода.

На “Способ прогнозирования течения послеоперационного периода у больных с дегенеративно-дистрофическими процессами крупных суставов” получено авторское свидетельство на изобретение № 1776635.

Алгоритм раннего, на этапе предоперационной подготовки, прогнозирования осложнений в послеоперационном периоде по результатам лабораторного исследования крови приведен на рисунке 2.

Декомпозиция прогнозирования варианта течения послеоперационного периода при плановых операциях

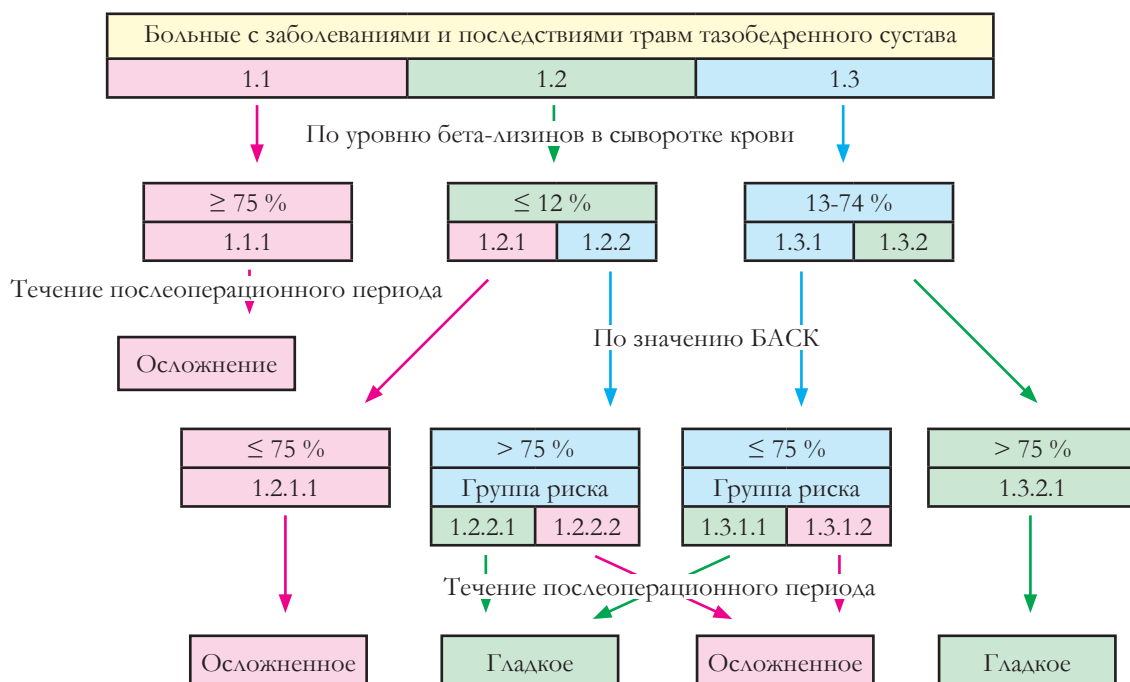


Рис. 2



Для определения эффективности разработанной системы профилактики послеоперационных осложнений использована модель многоэтапного оказания медицинской помощи (Г. И. Чеченин и соавт., 2000). Для анализа выделены следующие этапы:

- амбулаторного лечения (АЛ);

- интенсивного лечения (ИЛ);

- долечивания в условиях круглосуточного пребывания в стационаре (КП).

На рисунках 3 и 4 приведена структура маршрутов больных при оказании стационарной медицинской помощи в условиях клинической базы ОКОХБВА.

Рис. 3

Структура маршрута больных при плановых операциях на тазобедренном суставе (традиция)

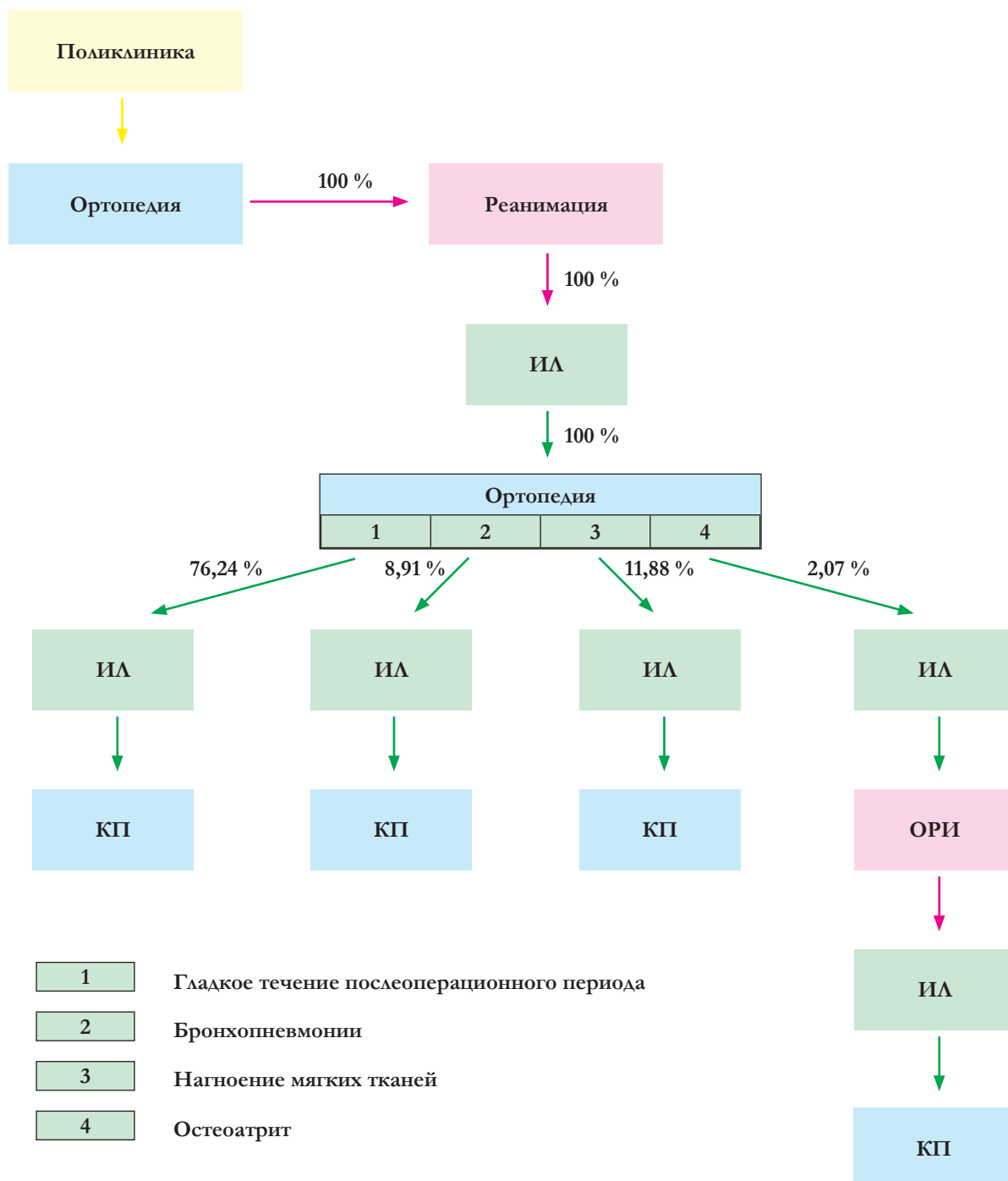
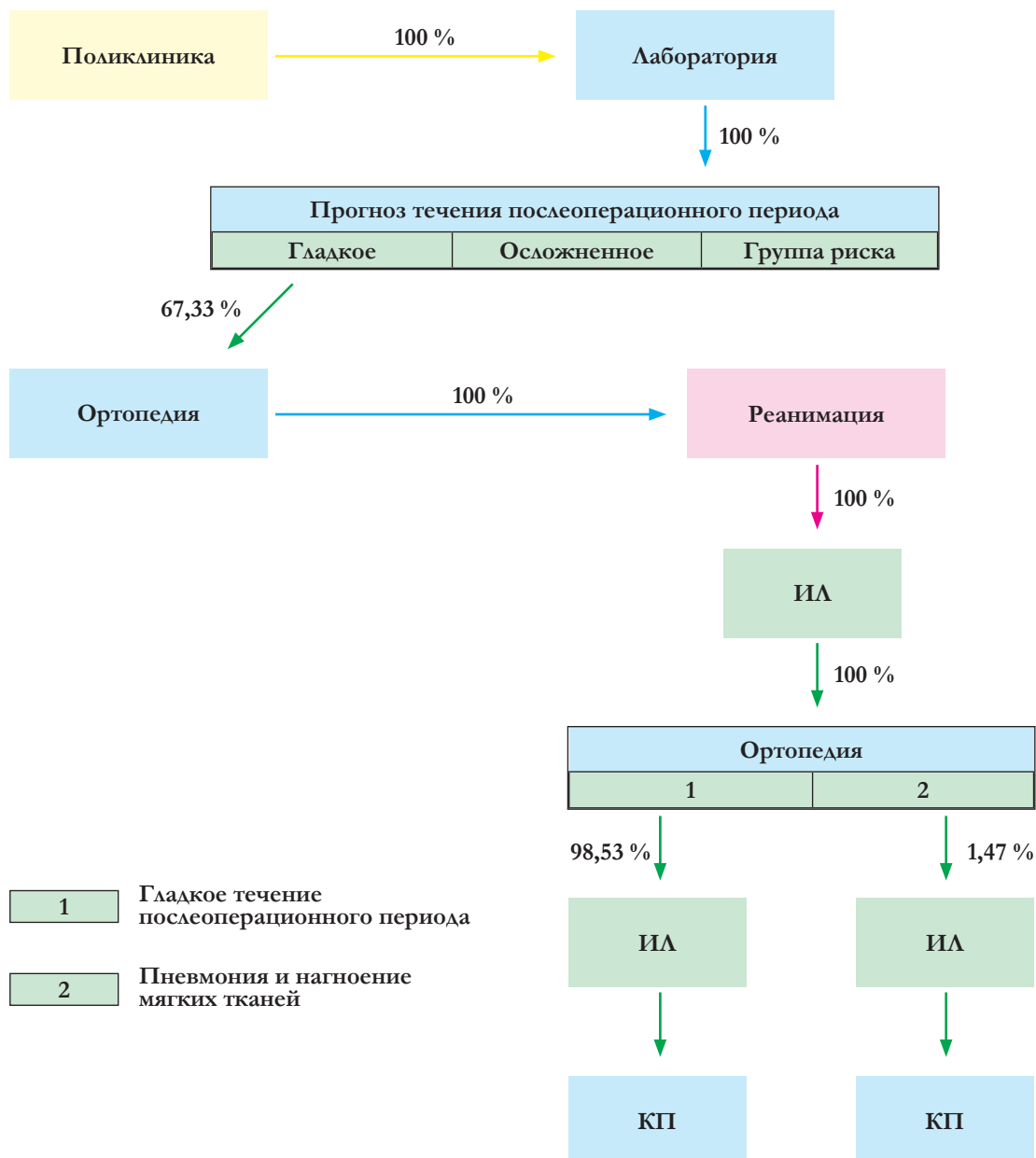




Рис. 4

Структура маршрута больных при плановых операциях на тазобедренном суставе (прогноз осложнений по лабораторным тестам на этапе ИЛ)



Для обоснования экономической эффективности внедрения оригинального способа раннего прогнозирования осложнений, провели расчет средств, затраченных на медикаментозное обеспечение. Использованы нормативно-плановые значения по средней длительности пребывания пациентов на этапах ИЛ и ОП в отделениях ортопедии и раневой инфекции ОКОХБВЛ.

Стоимость койко-дня по лекарственному обеспечению приведена по "Нормативам финансовых затрат для медицинских учреждений, работающих в системе ОМС, на 2004 год". Длительность стационарного

лечения приведена по фактическому. Стоимость медикаментов, израсходованных на этапе ИЛ на лечение 24 пациентов с осложнениями составила 51637,36 рублей, на этапе ОП – 24351,51 рубль. При лечении больных с не осложненным послеоперационным периодом потребовалось 34384,80 рублей и 19388,88 рублей на этапах ИЛ и ОП, соответственно. Внедрение в практическое здравоохранение оригинальных профилактических мер снизит стоимость медикаментов, необходимых для лечения больных в послеоперационном периоде на этапах ИЛ и ОП, как минимум, на 30 %.



ЛИТЕРАТУРА:

1. Абельцев, В.П. Десятилетний опыт эндопротезирования при диспластическом коксартрозе /Абельцев В.П. //Вест. травматол. и ортоп. им. Н.Н. Приорова. – 2002. – № 1. – С. 54-57.
2. Белоцкий, С.М. Иммунология хирургической инфекции /Белоцкий С.М. – М., 1980. – 105 с.
3. Гнойно-воспалительные процессы в области тазобедренного сустава у травматолого-ортопедических больных: микробиологические аспекты /Пхакадзе Т.Я., Уразгильдеев З.И., Маловичко В.В. и др. //Вест. травматол. и ортоп. им. Н.Н. Приорова. – 2002. – № 1. – С. 66-70.
4. Чеченин, Г.И. Об основных направлениях реформирования больничной помощи городскому населению /Чеченин Г.И., Сузриков В.Г. //Мат. Всерос. конф. “Новые направления в клинической медицине”. – Ленинск-Кузнецкий, 2000. – С. 17-18.



ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ ТЕРМИЧЕСКИМИ ОЖОГАМИ

Обобщен опыт лечения 67 детей с тяжелыми термическими ожогами по методике, разработанной в областном центре термических поражений. Доказано, что методика целесообразна – у 66 детей отмечено выздоровление, одного ребенка с площадью глубокого ожога более 50 % спасти не представилось возможным.

За период 2001-2003 гг. в областном центре термических поражений при Областной клинической ортопедохирургической больнице восстановительного лечения (ОКОХБВЛ) лечились 67 детей с тяжелыми термическими ожогами – 44 мальчика (65,7 %) и 23 девочки (4,3 %). Возраст детей составил: 6-12 месяцев – 14 человек (20,9 %), 1-5 лет – 33 человека (49,2 %), старше 6 лет – 20 человек (29,9 %).

Дети до пяти лет получили ожоги от опрокидывания на себя сосудов с кипящей жидкостью (вода, жидкая пища) – 42 человека (64,2 %); у детей старше шести лет ожоги чаще всего возникали от воздействия пламени – 14 человек (20,9 %).

По площади ожоговой поверхности больные распределены следующим образом: 6-12 % – 29 детей (43,3 %), 15-35 % – 37 детей (55,2 %), свыше 50 % – один ребенок (1,5 %).

У 34 детей (50,7 %) поражение кожи было I-II-IIIА степени, у 5 детей (7,5 %) – I-II степени, у 11 детей (16,4 %) – IIIАВ степени, у 13 детей (19,4 %) – I-II-IIIАВ степени, у 4 детей (6 %) – IIIАВ и IV степени.

Поражения кожи наиболее часто локализовались на животе, бедрах и голенях (43 больных или 64,2 %). В сроки от одного до трех часов от ожога в больницу госпитализированы 51 ребенок (76,1 %), от трех до шести часов – 11 детей (16,1 %), от 6 часов до 12 часов – 5 детей (7,5 %). Сотрудниками станции скорой медицинской помощи (повязки, обезболивающие, иммобилизация) первая медицинская помощь оказана 50 детям (74,6 %), 17 детей были доставлены в больницу попутным транспортом.

В тяжелом состоянии были 39 больных, средней степени тяжести – 28 человек. У 26 детей диагностирована тяжелая степень травматического шока, у 41 ребенка – легкая степень.

С момента поступления в больницу, лечение детей осуществляют травматолог-кампбустиолог, реаниматолог-анестезиолог, педиатр, а после выведения их из шокового состояния – методист по лечебной физкультуре и физиотерапии.

После освобождения от одежды ребенок переводится в противошоковую палату приемного отделения. Под наркозом осуществляется катетеризация

центральных вен по Сельдингеру. Осуществляется забор крови на анализы, проводится инфузионная терапия. Диагностируется локализация, площадь и глубина ожога. Раны после обработки антисептиками закрываются четырехслойными повязками с антисептиками.

Для обезболивания используются наркотические и ненаркотические анальгетики. Перевязки детям проводятся под наркозом (в отделении постоянно работает анестезиолог). Для профилактики инфекционных осложнений назначаются антибиотики. До получения результата бактериологического исследования микрофлоры предпочтение отдается полусинтетическим пенициллинам.

С целью улучшения микроциркуляции в зоне поражения, всем детям применяются спазмолитики (папаверин, эуфиллин), дезагреганты (пентоксифиллин), антикоагулянты (гепарин, фраксипарин). Инфузионная терапия проводится в зависимости от тяжести поражения и возраста ребенка.

В период ожогового шока, с целью профилактики развития синдрома острой надпочечниковой недостаточности, всем детям назначаются кортикостероиды. Через носовые катетеры подается увлажненный кислород. Нейровегетативная защита проводится нейролептиками (дроперидол, аминазин).

Профилактика нарушений терморегуляции проводится в виде укладки больного в кровати “Клини-трон”, подсушивания ожоговых поверхностей.

Детям с нарушением функции желудочно-кишечного тракта назначается парентеральное питание: аминокислоты из расчета 2 г на кг массы тела в сутки, глюкоза – 8-15 г на кг массы тела в сутки, жирные эмульсии – до 3 г на кг в сутки.

Дети без нарушения функции желудочно-кишечного тракта находятся на энтеральном питании. Для профилактики дисбактериоза используется бифидобактерин. Репаративные процессы в ране улучшаются от иммуностимуляторов (актовегин и другие).

При подготовке грануляций для кожной пластики, положительно зарекомендовал себя аэрофорез антибиотиков. Для профилактики пневмонии широко используется дыхательная гимнастика, а для лечения контрактур – лечебная физкультура, рациональная иммобилизация и светолечение.

У 19 больных (28,3 %), после подготовки операционного поля, была выполнена пластика свободными дерматомными трансплантатами.

Сроки лечения в стационаре зависели от многих известных причин и характеризовались большим



разбросом – от 12 до 55 дней. Долечивание детей в амбулаторных условиях осуществлялось, в основном, в травматологических пунктах. Абсолютное большинство детей выздоровело. Одного ребенка, с площадью глубокого ожога более 50 %, спасти не удалось.

Полученные результаты доказывают, что выработанная тактика лечения детей с тяжелыми термическими ожогами на базе областного центра термических поражений рациональна.

Необходима действенная профилактика термотравм у детей.





Н.М. ВОДЯНОВ

Кузбасский научно-исследовательский институт
травматологии и реабилитации Новокузнецкого ГИДУВа,
Областная клиническая ортопедохирургическая больница восстановительного лечения,
г. Прокопьевск

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ НА КРУПНЫХ СУСТАВАХ КОНЕЧНОСТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БРЕФОТРАНСПЛАНТАТОВ

Обобщен уникальный опыт использования брешотрансплантатов у 29 больных с различной патологией плечевого, коленного, локтевого, лучезапястного суставов. Отрицательный результат получен у одного больного.

Кузбасским НИИ травматологии и реабилитации за 25 лет накоплен значительный опыт применения брешоматериалов (костей, суставов, кожи, хрящей, амниотических оболочек, брешовзвеси) более чем у 400 больных с различными

ми травмами и их последствиями, дистрофическими процессами и опухолями. Сообщение основано на результатах лечения 29 больных. Виды оперативных вмешательств в зависимости от характера повреждения (заболевания) представлены в таблице.

Таблица

Оперативные вмешательства
в зависимости от характера повреждения (заболевания)

Характер повреждения (заболевания)	Количество	Оперативное вмешательство	Вид и количество брешотрансплантатов		
			Большеберцовая кость	Бедренная кость	Коленный сустав
Дефекты суставной поверхности лучевой кости	2	Пластика дефекта	3		
Дефекты метафиза лучевой кости	4	Пластика дефекта			
Дефекты костей локтевого сустава	1	Пластика дефекта			2
Дефекты суставной поверхности локтевого отростка	2	Пластика дефекта	2		
Врожденный анкилоз локтевого сустава ребенка	1	Пластика сустава			1
Дефект суставной поверхности головки лучевой кости	2	Пластика дефекта	2		
Дефект суставной поверхности большеберцовой кости	3	Пластика дефекта	6		
Дефект головки плечевой кости на уровне анатомической шейки	1	Пластика дефекта	6	2	
Ложный сустав ладьевидной кости	6	Удаление проксимального отломка. Пластика дефекта	4	2	
Дистрофии луновидной кости	6	Удаление кости. Пластика дефекта		5	
Болезнь Кенига	2	Пластика дефекта	6		
Всего:	29		29	9	3



Для замещения дефектов использовали кости 7-8 недельных плодов, приготовленных тканевой лабораторией Областной клинической больницы г. Кемерово.

Каждое оперативное вмешательство выполнялось по индивидуальному плану, с использованием оригинальных приспособлений. У двух больных операции осуществлены под наркозом, у 12 больных – под проводниковой анестезией, у 15 больных – под внутрикостной анестезией. Профилактическое и лечебное использование антибиотиков было обязательным. Гнойных осложнений не наблюдали. Сроки иммобилизации, реабилитационные мероприятия в стационаре и в поликлинике были индивидуальными. Долечивание больных осуществлялось врачом отделения хирургии кисти и микрохирургии кисти в поликлинике Областной клинической ортопедохирургической больницы восстановительного лечения (ОКОХБВЛ).

Отрицательный результат получен только у ребенка с врожденным анкилозом локтевого сустава – через 10 месяцев после операции брешфотрансплантат коленного сустава был замурован в веретенообразный костный “саркофаг”. Объяснить это явление мы не можем.

У остальных больных зафиксированы положительные анатомические и функциональные результаты. Двое больных (инвалиды III-й группы) работают в облегченных условиях: больная с дефектом головки плечевой кости и больной с дефектом костей, составляющих локтевой сустав. Остальные пациенты трудятся по прежней профессии.

Таким образом, использование брешфотрансплантатов у рассматриваемой категории больных рационально. Они не только приостанавливают развитие дистрофических процессов в суставах, но и позволяют восстановить утраченный орган.



К НЕОБХОДИМОСТИ КОРРЕКЦИИ ДАННЫХ КОСТНОЙ ПЛОТНОСТИ, ПОЛУЧЕННЫХ НА АППАРАТЕ OSTEOMETER DNX-200 (DXA BONE DENSITOMETER)

При анализе связей показателей состояния костной ткани с массой тела и возрастом, выявлена их значительная корреляционная связь с массой тела, вносящая ошибку в заключение о состоянии костной ткани, поскольку программа обработки информации в зарубежных костных денситометрах не учитывает влияние на ее характер массы тела. Для адекватной оценки состояния кости необходимо сравнивать регистрируемые показатели с должными величинами состояния костной ткани, полученными при исследовании собственной контрольной группы, находящейся, во-первых, в более близком этническом единстве с обследуемыми контингентами, и, во-вторых, учитывающей, помимо возраста и пола, влияние возрастного фактора.

Ключевые слова: фотонная абсорбциометрия, костная денситометрия, костная ткань, костная плотность.

Определение костной плотности одно- или двойной фотонной абсорбциометрией, пришедшей на смену рентгенографической денситометрии, считается более объективным методом изучения опорного скелета. Тем не менее, при использовании зарубежной аппаратуры, эта методика содержит две методические погрешности.

Первая из них заключается в игнорировании этнических различий в состоянии костной плотности, поскольку костная плотность у отечественных пациентов сравнивается с таковой некоего контингента контрольной группы неизвестной этнической принадлежности. В то же время, из данных литературы по остеологии [1, 4, 5], хорошо известна не только этническая неоднородность костной плотности, но также влияние на нее питания, проживания и образа жизни. В свое время мы обнаружили, что, считающаяся в отечественной рентгенологии [2] нормальной, ширина костно-мозгового канала середины лучевого диафиза на 1/3 его диаметра (коэффициент гиперостоза) оказалась для мужской популяции работников алюминиевого завода значительно завышенным нормативом.

Другая методическая ошибка состоит в игнорировании влияния веса обследуемых на показатели состояния костной ткани. Известно, что масса кости (МК) прямо пропорциональна массе тела (МТ), и эта зависимость выражается аллометрическим уравнением: $МК = 0,06 \times МТ^{1,083}$ [6]. Тем не менее, из конституциональных факторов, оказывающих влияние на плотность костной ткани, в клинической литературе упоминается лишь возраст, изредка рост, но не масса тела [3].

Нами корреляционным анализом (табл. 1) у 171 мужчин, обследованных на предмет профессионального костного флюороза, изучено влияние возрастного, массаметрического и ростового факторов на характеристики костей дистальной части предплечья, полученных на аппарате OSTEOMETER DNX-200 (DXA BONE DENSITOMETER).

Из таблицы видно, что должные значения характеристик костной ткани, особенно ее плотности, довольно хорошо коррелировали с возрастом. “Пиковые” значения костной массы и костной плотности, являясь константами, не коррелировали, естественно, с возрастом. Отсутствие возрастной корреляции реальных значений характеристик костной ткани с возрастом также понятно, поскольку обследовались больные лица. Но не менее понятна и довольно высокая корреляционная зависимость этих показателей с массой тела, если только не упускать из виду ее влияние на показатели плотности костной ткани. Этот неучтенный масса-метрический фактор оказывает существенное влияние на показатели плотности, и мешает правильной оценке фактических данных, как видно из идентичности значения “r” массы тела со значениями костной плотности и с величинами “Q”.

С фактом влияния массы тела на состояние плотности костной ткани мы сталкивались уже при ее оценке по данным рентгенологической фото-денситометрии костей предплечья у рабочих алюминиевого завода. Значение “r” между массой тела и показателями плотности середины лучевого диафиза равно 0,39, с показателями дистального лучевого метафиза – 0,41 [3].

О силе влияния возрастного и массаметрического факторов на показатели суммарных значений костной плотности (должной и фактической) можно судить и по величине F-критерия при факторном анализе (табл. 2). При этом анализе использовались 5-польная таблица (d.f. = 4), и значение F-критерия для 5 % уровня значимости ($p < 0,05$) начиналось с числа 5,63 (и более), а для 1 %-уровня значимости ($p < 0,01$) – с числа 13,46 (и более).

Таким образом, для правильной интерпретации результатов исследования состояния костной ткани при использовании зарубежных фотонных денситометров, необходимо формирование собственной контрольной группы для определения должных

Таблица 1

**Коэффициенты корреляции (r) характеристик костной ткани
с возрастом (t, лет), массой тела (МТ, кг) и ростом (h, см) обследуемых**

Характеристики костной ткани	Значения r для:		
	t	МТ	h
Костная масса лучевой кости (radius BMC, г)	0,01	0,66	0,31
Площадь исследуемого участка лучевой кости (radius area, см ²)	0,24	0,35	0,30
Костная плотность лучевой кости (radius BMD, г/см ²)	- 0,13	0,53	0,16
Костная масса локтевой кости (ulna BMC, г)	0,05	0,55	0,26
Площадь исследуемого участка локтевой кости (ulna area, см ²)	0,25	0,23	0,24
Костная плотность локтевой кости (ulna BMD, г/см ²)	- 0,09	0,48	0,10
Суммарно костная масса дистальных участков (distal BMC, г)	0,02	0,64	0,30
Суммарно площадь дистальных участков (distal area, см ²)	0,28	0,34	0,31
Суммарно костная плотность дистальных участков (distal BMD, г/см ²)	- 0,12	0,54	0,17
Должная возрастная суммарная костная масса дистальных участков (г)	- 0,52	- 0,08	0,11
Должная возрастная суммарная костная плотность дистальных участков (distal BMD, г/см ²)	0,76	- 0,04	0,18
Должная суммарная пиковая костная масса дистальных участков (г)	0,04	- 0,09	0,09
Должная суммарная пиковая костная плотность дистальных участков (distal BMD, г/см ²)	- 0,02	- 0,02	0,09
Степень отклонения значения суммарной костной массы (distal BMC) от должного возрастного значения (величина Q)	0,11	0,66	0,28
Степень отклонения значения суммарной костной плотности (distal BMD) от должного значения (величина Q)	0,01	0,55	0,15

Таблица 2

**Доля вклада возрастного (t, лет) и массметрического (МТ, кг) факторов
на состояние плотности костной ткани по показателям F-критерия**

Показатели состояния костной ткани	F-критерий для:	
	t	МТ
Должная возрастная суммарная костная плотность дистальных участков костей предплечья (distal BMD, г/см ²)	54,36	0,52
Суммарно костная плотность дистальных участков костей предплечья (distal BMD, г/см ²)	1,14	15,53

значений плотности, учитывающих бы влияние возрастного и весового (и естественного, полового) факторов, по отношению к которым, а не к “за-

морским”, заложенным в программе денситометра, показателям должна проводиться оценка реальных значений.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Дамбахер, М.М. Остеопороз и активные метаболиты витамина D /Дамбахер М.М., Шахт Е. – Basel, Switzerland, 1996. – 140 с.
2. Майкова-Строганова, В.С. Кости и суставы в рентгенологическом изображении. Конечности. / Майкова-Строганова В.С., Рохлин Д.Г. – Л., 1957. – 484 с.



-
3. Разумов, В.В. Кальциевый гомеостаз, морфофункциональные изменения костной ткани, миокарда и печени при хронической фтористой интоксикации /Разумов В.В.: Автореф. дис. ... д.м.н. – Новосибирск, 1998. – 40 с.
 4. Риггс, Б.А. Остеопороз (этиология, диагностика, лечение): Пер. с англ. /Риггс Б.А., Мелтон III Л.Дж. – М., СПб, 2000. – 560 с.
 5. Франке, Ю. Остеопороз: Пер.с нем. /Франке Ю, Рунге Г. – М., 1995. – 300 с.
 6. Шмидт-Нильсен, К. Размеры животного: почему они так важны?: Пер. с англ. /Шмидт-Нильсен К. – М., 1987. – 259 с.
- 



ОГЛАВЛЕНИЕ:

Н.С. Ханченков ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ГОСУДАРСТВЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ – КУЗБАССКОГО РЕГИОНАЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ. ИТОГИ И ПЕРСПЕКТИВЫ.....	3
Н.С. Ханченков РЕАЛИЗАЦИЯ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА “ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ СОЦИАЛЬНОМ СТРАХОВАНИИ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ НА ПРОИЗВОДСТВЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ” В КУЗБАССЕ, ОПЫТ И ПРОБЛЕМЫ.....	10
Н.С. Ханченков, В.В. Захаренков, Г.И. Чеченин, Н.М. Жилина АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТРАДАВШИХ НА ПРОИЗВОДСТВЕ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	21
В.В. Захаренков РАЗРАБОТКА СИСТЕМЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....	24
Н.С. Ханченков СПЕЦИАЛИСТЫ-ВРАЧИ В СИСТЕМЕ ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....	29
Н.С. Ханченков ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ – ДОКУМЕНТ, ДАЮЩИЙ ПРАВО НА ВЫДАЧУ ПОСОБИЯ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....	38
М.В. Вивсяная, А.А. Безуспарцева ОРГАНИЗАЦИЯ ВНЕВЕДОМСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ ЗА ОРГАНИЗАЦИЕЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ГОРОДА ПРОКОПЬЕВСКА И ПРОКОПЬЕВСКОГО РАЙОНА.....	41
В.В. Паршикова ПУТИ СТАНОВЛЕНИЯ И НОВЫЕ ЗАДАЧИ ФИЛИАЛА № 9.....	45
Н.С. Ханченков ЕДИНАЯ ИНФОРМАЦИОННАЯ СИСТЕМА “СОЦСТРАХ” ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ – ЭФФЕКТИВНЫЙ ПОМОЩНИК В РЕШЕНИИ ЗАДАЧ СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ.....	48
С.Н. Кравченко, А.В. Харитонов ОБУЧЕНИЕ ОХРАНЕ ТРУДА – ОДНА ИЗ ВАЖНЕЙШИХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕР ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ ПРОИЗВОДСТВЕННОГО ТРАВМАТИЗМА И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	50
Е.Н. Мингатина, Л.И. Жуковская ЗАБОТА О ЧЕЛОВЕКЕ ТРУДА.....	53
Е.В. Щукина, Т.Ю. Смирнова, С.Н. Синьков ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ТРАВМАТИЗМА, А ТАКЖЕ МЕДИЦИНСКОЙ, СОЦИАЛЬНОЙ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТРАДАВШИХ НА ПРОИЗВОДСТВЕ ОТ ТРАВМ И ПРОФЗАБОЛЕВАНИЙ.....	55



А.М. Проценко НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТРАДАВШИХ НА ПРОИЗВОДСТВЕ РАБОТОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА.....	60
Н.С. Ханченков, В.А. Черно ФИНАНСИРОВАНИЕ ДЕТСКОГО ОЗДОРОВЛЕНИЯ И ОТДЫХА – ОДНО ИЗ НАПРАВЛЕНИЙ РАБОТЫ ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....	62
Е.Н. Мингатиная, А.И. Жуковская ДЕТСКОЕ ЛЕТО – ВЗРОСЛЫЕ ЗАБОТЫ.....	67
С.П. Маньков, О.Д. Кожевникова, Е.В. Лисецкая, А.В. Ляпунова, А.Г. Филичев, А.Г. Щедрина, Н.С. Ханченков ПРОГРАММА “ПЕДАГОГИКА ЗДОРОВЬЯ” КАК СОВРЕМЕННАЯ ФОРМА ОЗДОРОВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ.....	70
С.П. Маньков, О.Д. Кожевникова, Е.В. Лисецкая, А.В. Ляпунова, А.Г. Филичев, А.Г. Щедрина, Н.С. Ханченков СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕТСКОГО ЛАГЕРЯ САНАТОРНОГО ТИПА КРУГЛОГОДИЧНОГО ДЕЙСТВИЯ.....	73
П.А. Манекин ПРАВОВАЯ РАБОТА В ИСПОЛНИТЕЛЬНОМ ОРГАНЕ ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....	76
С.Н. Синьков ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ СОЦИАЛЬНОЕ СТРАХОВАНИЕ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ НА ПРОИЗВОДСТВЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, КАК ГАРАНТИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ: НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА И ПРАКТИКИ ЕГО ПРИМЕНЕНИЯ В КУЗБАССЕ.....	79
А.А. Городничева НЕКОТОРЫЕ ПРИНЦИПЫ ПЛАНИРОВАНИЯ ДОХОДОВ И РАСХОДОВ ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....	84
М.С. Логачева ЗАДАЧИ КОНТРОЛЬНО-РЕВИЗИОННОЙ СЛУЖБЫ ГОСУДАРСТВЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ – КУЗБАССКОГО РЕГИОНАЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....	86
Н.А. Донова ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОТДАЛЕННЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ.....	88
Е.И. Сонич ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА НА БАЗЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ЦЕНТРА РЕАБИЛИТАЦИИ ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ “ТОПАЗ”.....	91
О.Г. Архипов ВЛИЯНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ СКВАЖИНЫ 3151 ЦЕНТРА РЕАБИЛИТАЦИИ “ТОПАЗ” НА КЛИНИЧЕСКУЮ И СОНОГРАФИЧЕСКУЮ ДИНАМИКУ У БОЛЬНЫХ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ.....	93
В.В. Захаренков, Г.И. Чеченин, Ю.А. Григорьев, Е.Н. Решин РОЛЬ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВЛАСТИ И БИЗНЕСА В РЕШЕНИИ ВОПРОСОВ ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ РАБОТАЮЩИХ.....	95



Б.В. Эпельман, С.М. Скоробогатая, Т.В. Чабор ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ТРУДЯЩИХСЯ УГЛЕДОБЫВАЮЩИХ ПРЕДПРИЯТИЙ НА САНАТОРНОМ ЭТАПЕ.....	101
Г.К. Додонова, Е.Г. Хиль, Н.Д. Коняева, В.В. Власова, Г.С. Козлова ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПНЕВМОКОНИОЗОВ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ.....	103
В.З. Басов, А.М. Сигарев ПРОФИЛАКТИКА РУБЦОВО-СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ СУХОЖИЛИЙ.....	104
В.З. Басов, С.В. Саратовцев МИКРОХИРУРГИЧЕСКИЕ СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО СЛОЖНОЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....	105
С.А. Гольвидис, Н.М. Водянов, А.Д. Замулин ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ТАЗОБЕДРЕННОМ СУСТАВЕ.....	106
Н.М. Водянов, П.С. Степной, А.Н. Дурыманова, Д.А. Панютин, Я.А. Процив, И.В. Сигарева, С.И. Робина, А.М. Гольцова ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ ТЕРМИЧЕСКИМИ ОЖОГАМИ.....	111
Н.М. Водянов ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ НА КРУПНЫХ СУСТАВАХ КОНЕЧНОСТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БРЕФОТРАНСПЛАНТАТОВ.....	113
В.В. Разумов К НЕОБХОДИМОСТИ КОРРЕКЦИИ ДАННЫХ КОСТНОЙ ПЛОТНОСТИ, ПОЛУЧЕННЫХ НА АППАРАТЕ OSTEOMETER DNX-200 (DXA BONE DENSITOMETER).....	115