ИНСТИТУТ ЭКОНОМИКИ И УПРАВЛЕНИЯ В МЕДИЦИНЕ И

СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЕ

Контрольная работа № 1

Наименование дисциплины

Социальное медицинское страхование

Вариант № 8

Содержание

Введение

1 Система здравоохранения в странах мира: сравнительная характеристика, принципиальные проблемы, представители

1.1 Системы здравоохранения в экономически развитых странах

1.2 Организация здравоохранения в развивающихся странах

1.3 Основные направления реформирования систем здравоохранения в странах Центральной и Восточной Европы

2 Инвалидность: методика изучения, уровень, структура, причины, группы инвалидности

2.1 Определение термина «инвалидность», группы инвалидности

2.2 Причины инвалидности

3 Злокачественные новообразования: современные тенденции, медико социальные аспекты. Организация медицинской помощи

Заключение

Список использованных источников

Введение

В настоящее время за рубежом существуют различные системы охраны здоровья населения. Все страны выделяют на здравоохранение определённый процент от валового национального продукта.

Следует подчеркнуть, что в экономически развитых странах предусматривается значительное финансирование здравоохранения, которое ежегодно растёт, в развивающихся странах, напротив, финансирование недостаточно. Но и в том и другом случае повышается уровень инвалидизации населения.

Инвалиды составляют особую категорию населения, численность которой постоянно увеличивается.

Мировым сообществом защита инвалидов рассматривается как проблема первостепенной важности. Среди причин инвалидизации населения не последнее место занимают злокачественные новообразования.

Целью контрольной работы является анализ системы здравоохранения в странах мира, изучение инвалидности её причины и групп, а также выявление медико-социальных аспектов и современных тенденций в области изучения злокачественных новообразований. Достижение поставленной цели предусматривает постановку и решение следующих задач:

- рассмотреть системы здравоохранения в различных странах мира, провести при этом сравнительную характеристику;

- охарактеризовать системы здравоохранения в экономически развитых странах;

- выявить, какие организации здравоохранения существуют в развивающихся странах;

- дать характеристику основным направлениям реформирования систем здравоохранения в странах Центральной и Восточной Европы;

- дать определение термину «инвалидность», установить причины инвалидности, выявить методику её изучения, а также группы инвалидности;

- отметить современные тенденции и медико-социальные аспекты в области изучения злокачественных новообразований.

1 Система здравоохранения в странах мира: сравнительная характеристика, принципиальные проблемы, представители

1.1 Системы здравоохранения в экономически развитых странах

С точки зрения организационно-финансовых особенностей можно выделить три основные системы здравоохранения экономически развитых стран: государственную, страховую и частнопредпринимательскую. Государственная система здравоохранения финансируется преимущественно (до 90%) из бюджетных источников. Действует в Великобритании. Дании, Ирландии.

Страховая система здравоохранения финансируется за счет целевых взносов предпринимателей, трудящихся граждан и субсидии государства. Финансирование из внебюджетных фондов медицинского страхования преобладает в Германии (78%), Италии (87%), Франции (71%), Швеции (91%), Японии (73%).

Частнопредпринимательская система финансируется главным образом за счет взносов по добровольному медицинскому страхованию и реализации платных медицинских yслуг населению. Такая система действует в США, Израиле, Южной Корее, Нидерландах [1, с. 507].

Ни одна из вышеназванных систем организации здравоохранения не является идеальной, и ни одна не существует в чистом виде. Финансовое обеспечение систем здравоохранения в развитых странах осуществляется из различных источников - государственного бюджета, средств предприятий и взносов частных лиц. Существуют лишь отличия в их структуре. Поэтому правильнее говорить о преимущественно государственной, преимущественно страховой и преимущественно частной системах здравоохранения.

Государственная система здравоохранения обеспечивает равенство граждан в получении медицинской помощи. При такой системе основная часть медицинских учреждений принадлежит государству. Управление здравоохранением осуществляют центральные и местные органы. Государство обеспечивает подготовку медицинских кадров — врачей, медицинских сестер, планирует развитие сети лечебно-профилактических учреждений в стране. Государство финансирует текущее содержание медицинских учреждений, развитие медицинской науки, проведение профилактических мероприятий, обеспечивает бесплатную медицинскую помощь населению. Недостатки этой системы состоят в том, что, финансирование здравоохранения является одной из статей государственного бюджета, оно зависит от других статей и конкурирует с ними. Правительство не всегда располагает возможностью расширения фондов здравоохранения, а возможности привлечения дополнительных средств весьма ограничены.

Несмотря на известные преимущества английской системы здравоохранения, она имеет существенные недостатки, которые вынуждены признавать сами врачи и администраторы. Это нехватка ресурсов, и излишняя централизация и монополизация управления.

1.2 Организация здравоохранения в развивающихся странах

К развивающим странам относят страны Африки, Восточного Средиземноморья, и Латинской Америки. Для этих стран характерны следующие особенности: низкий уровень материально-бытовых условий, высокий удельный вес сельского населения, широкое распространение религиозных и национальных обрядов, низкая плотность населения, плохое сообщение между населёнными пунктами.

В развивающихся странах сейчас присутствуют все перечисленные выше системы здравоохранения, с преобладанием одной из них, в зависимости от политического и социально-экономического строя. Медицинские службы развивающихся стран, унаследованные от колониальных режимов и не получающие достаточных средств, в 50 – 60 г. 20 в. испытали на себе влияние советской системы здравоохранения. В 80-х годах под влиянием программ ВОЗ первичной медицинской помощи стало уделяться больше внимания. Улучшилась санитарная обстановка, увеличился охват населения вакцинацией [2, с. 105].

Вместе с тем повышением темпов урбанизации, всё более широкое западного образа жизни ведут к росту заболеваемости неинфекционной патологии. На фоне огромных потерь от туберкулеза, малярии, других инфекционных болезней набирает силу эпидемия СПИДа; это тяжелым бременем ложится на систему здравоохранения, и без того испытывающих недостаток средств. При этом постоянно опережающими темпами растет и стоимость медикаментов и медицинских технологий.

Многие развивающиеся страны тратят на здравоохранение менее 4% своего небольшого национального дохода (например, Эфиопия — 3,8%, Судан — 3,5%, Нигерия — 3,1 %), причем большая часть этих сумм идет на обустройство дорогостоящих больниц в наиболее крупных городах. Отсутствие необходимых средств усиливает необходимость создания общенациональной системы медицинского страхования, способной охватить большую часть населения медицинским обслуживанием и обеспечить дополнительный приток средств на развитие здравоохранения.

1.3 Основные направления реформирования систем здравоохранения в странах Центральной и Восточной Европы

Бывшие социалистические страны Центральной и Восточной Европы, а также новые независимые государства, входившие ранее в состав СССР, переживают период глобальных преобразовании во всех сферах жизни, включая здравоохранение. При прежней системе медицинская помощь была всеобщей и бесплатной, но существовало немало проблем. Сегодня эти проблемы резко обострились в связи с нехваткой средств, вызванной экономическим кризисом. Почти все показатели здоровья населения в этих странах существенно ниже, чем в развитых государствах

Новые правительства стран, о которых идет речь, одобрили идеи свободной рыночной экономики. Поэтому начавшиеся реформы здравоохранения заключаются в приватизации, децентрализации, страховании и сокращении государственного финансирования. Основной принцип – это создание новой системы, основанной на медицинском страховании и финансировании медико-санитарных учреждений из различных источников. Передача собственности осуществляется путём аукциона, открытого конкурса или создания акционерного общества. Однако, те медицинские учреждения, которые имеют особое значение для общественного здравоохранения, приватизации не подлежат.

В системе медико-санитарной помощи в Венгрии в прошлом делался акцент на стационарную и специализированную помощь, высока была степень госпитализации. Один из первых шагов к реформе здравоохранения в этой стране – это введение национальных средств общественного здравоохранения и медицинской инспекции. Нынешняя система имеет структуру общественного здравоохранения трёх ступеней: городские и областные учреждения и национальные центры. Также было принято законодательство, предусматривающее свободный выбор врача – это первый шаг к семейной медицине и экономической конкуренции. Отрицательные стороны: это слишком усложнённая система из-за двойного руководства (фонд медицинского страхования и местные органы управления здравоохранением); есть опасность заключения контракта с врачами, не имеющего достаточного опыта; нет обеспечения качества медицинской помощи и её преемственности.

В Польше с 1992 г. вступил в силу закон об утверждении медико-санитарной помощи, который предусматривает меры по устранению недостатков старой системы и стимулирует улучшение медицинской помощи. Новый закон позволяет частному сектору вступать в конкуренцию за государственные средства. Однако нет определённости в том, как следует финансировать медицинскую помощь и управлять реформированной системой здравоохранения.

Реформы здравоохранения, проводимые в странах Центральной и Восточной Европы, пока не дали большого эффекта, но уже накоплен некоторый положительный опыт.

2 Инвалидность: методика изучения, уровень, структура, причины, группы инвалидности

2.1 Определение термина «инвалидность», группы инвалидности

Инвалидность становится в настоящее время проблемой не только одного человека или группы людей, а всего общества в целом.

В Российской Федерации официально признанными инвалидами считаются свыше 8 млн. человек. В перспективе их численность будет расти.

Термин «инвалид» восходит к латинскому корню (valid –«действенный, полноценный, могущий») и в буквальном переводе может означать «непригодный», «неполноценный». Организация Объединённых Наций в 1975 г. приняла Декларацию о правах инвалидов, где сказано, что «инвалид» означает любое лицо, которое не может самостоятельно обеспечить полностью или частично потребности нормальной личной и/или социальной жизни в силу недостатка, будь то врождённого или приобретённого, его или её физических или умственных возможностей» [3, с. 15].

В зависимости от степени расстройства функций организма и ограничения жизнедеятельности лицам, признанным инвалидами, устанавливается группа инвалидности, а лицам в возрасте до 18 лет устанавливается категория "ребенок - инвалид". Инвалидность — это постоянная или длительная, полная или частичная потеря трудоспособности; наличие и степень устанавливаются врачебно-трудовыми экспертными комиссиями(в ред. Федерального закона от 17.07.1999 N 172-ФЗ).

Признание лица инвалидом осуществляется Государственной службой медико-социальной экспертизы. Порядок и условия признания лица инвалидом устанавливаются Правительством Российской Федерации.

В соответствии с Основами законодательства Российской Федерации по охране здоровья граждан медико-социальная экспертиза (по нормативно-правовым актам СССР – Врачебно-трудовая экспертная комиссия (ВТЭК)) устанавливает причину и группу инвалидности, степень утраты трудоспособности граждан, определяет виды, объём и сроки проведения их реабилитации и меры социальной защиты, даёт рекомендации по трудовому устройству граждан.

В зависимости от тяжести заболевания, степени нарушения функций организма, клинического и трудового прогноза различают три группы инвалидности:

Первая группа инвалидности устанавливается больным, которые не могут себя обслуживать и нуждаются в постоянной посторонней помощи, уходе или надзоре.

Вторая группа устанавливается при выраженных нарушениях функций организма, не вызывающих полной беспомощности. К этой группе относятся лица, у которых наступила постоянная или длительная полная нетрудоспособность, но которые не нуждаются в постороннем уходе. Все виды труда им противопоказаны на длительный период, т. к. течение заболевания вследствие трудовой деятельности может ухудшиться.

Третья группа инвалидности устанавливается при значительном сжижении трудоспособности, когда по состоянию здоровья необходим перевод на работу по другой специальности, более низкой квалификации; необходимы значительные изменения условий работы по своей профессий, приводящие к значительному сокращению объема производственной деятельности; значительно ограничены возможности трудоустройства вследствие выраженных функциональных нарушений у лиц с низкой квалификацией или ранее не работавших.

2.2 Причины инвалидности

В каждом случае установления инвалидности обязательно указывается ее причина. В настоящее время официальная статистика располагает надежными данными лишь о причинах первичной инвалидности взрослого населения (старше 16 лет).

Половина всей первичной инвалидности взрослого населения обусловлена болезнями системы кровообращения, еще 10% - злокачественными новообразованиями, по 4-6% новых инвалидов ежегодно прибавляют болезни нервной системы, травмы, психические расстройства, болезни органов дыхания и болезни костно-мышечной системы. Ведущие причины инвалидности в значительной мере определяются возрастным составом инвалидов. Так, около 60% лиц, впервые признанных инвалидами, имели пенсионный возраст. Подавляющее большинство инвалидов (около 70%) имеют вторую группу, доли инвалидов первой и третьей группы также примерно одинаковы.

Очевидно, что в различных возрастах ведущие причины инвалидности заметно различаются. В возрастах до 45-50 лет спектр инвалидизирующих заболеваний достаточно широк. Первое по значимости место делят психические заболевания и травмы. В последнем предпенсионном десятилетии жизни (45-54 года для женщин, 55-59 лет – для мужчин) среди ведущих причин инвалидности на первое место выходят болезни системы кровообращения, дающие более 37% инвалидов этого возраста. На второе место выходят новообразования, ставшие причиной около 17% случаев инвалидности.

Основной причиной инвалидности лиц пенсионного возраста являются болезни системы кровообращения, дающие около 75% случаев.

Таким образом, с возрастом спектр инвалидизирующих заболеваний существенно сужается и в нем постепенно выделяются ведущие причины, определяющие всю картину инвалидности. Системы кровообращения вызывают наибольшее число случаев инвалидности. Второй по значимости причиной инвалидности населения являются злокачественные новообразования, а третьей – травмы. Эти три ведущие причины инвалидности являются главными причинами смертности населения.

3. Злокачественные новообразования: современные тенденции, медико социальные аспекты. Организация медицинской помощи

Специалисты называют злокачественные новообразования «убийцей № 2», отмечая тем самым, что во многих странах мира злокачественные новообразования занимают второе место, после заболеваний системы кровообращения, среди причин смерти. Кроме того, злокачественные новообразования характерны фатальной обреченностью для больных при многих локализациях.

И уровень, и структура смертности от злокачественных новообразований находятся в тесной зависимости от пола и возраста. У мужчин по структуре смертности первое место занимает рак органов дыхания, второе — рак желудка и третье — пищевода. У женщин: первое место — рак желудка, второе — молочной железы, третье — рак шейки матки. Смертность от рака у мужчин значительно выше, чем у женщин.

Большой интерес представляет вопрос о динамике смертности от злокачественных новообразований. Смертность от таких заболеваний, по данным ВОЗ, растет повсеместно. Однако большинство ученых, занимающихся вопросами эпидемиологии злокачественных новообразований, считают, что при анализе динамики смертности от таких заболеваний необходимо учитывать три обстоятельства:

1) За 60—70 лет во всем мире сильно продвинулось качество диагностики рака, появилось достаточное количество специалистов-онкологов, качественные изменения произошли в гистологическом, рентгенологическом исследовании опухолей.

2) Усовершенствовался статистический учет таких заболеваний.

3) Произошло изменение возрастной структуры населения в сторону его постарения. Уровень смертности от рака женщин е возрасте 60-70 лег в 50-60 раз выше, а у мужчин такого же возраста в 100— 115 раз выше, чем у лиц в возрасте до 30 лет. Стандартизованные по возрасту показатели смертности от рака за последние годы в мире у мужчин стабилизировались.

Огромную роль в положительном решении проблемы злокачественных новообразований играет раннее выявление заболевания. От этого зависит исход всей медицинской помощи. В деле борьбы со злокачественными новообразованиями огромное значение имеет правильная организация медицинской помощи. Возглавляет эту работу Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина (Москва), в состав которого входят три института: институт канцерогенеза, институт экспериментальной диагностики и терапии и институт клинической онкологии. В ряде регионов, в том числе и в Санкт-Петербурге, имеются научно-исследовательские онкологические институты. Главным звеном в осуществлении специализированной помощи являются онкологические диспансеры. Такие диспансеры, которые оказывают все виды специализированной помощи, в том числе и стационарной помощи, организованы в областных центрах и крупных городах. На любой территории работа с онкологическими больными ведется диспансерным методом. Онкологические диспансеры имеют следующие задачи:

- организация раннего выявления больных;

- высококвалифицированное и специализированное лечение;

- организационно-метадическое руководство по вопросам онкологии
всеми лечебно-профилактическими учреждениями на территории деятельности диспансера;

- внедрение наиболее эффективных методов диагностики и лечений
рака в практику лечебных учреждений;

- контроль за лечением больных в лечебных учреждениях;

- изучение и анализ случаев позднего выявления больных. Все коитингенты онкологических больных, подлежащих диспансеризации, делят на следующие группы учета:

1 а - больные с подозрением на рак;

1 б - предрак;

1. - больные, подлежащие специализированному лечению;
2а - больные, подлежащие радикальному лечению;
2. - практически здоровые;
3. - больные к запущенной стадии, требующие паллиативного лечения.

Онкологические диспансеры являются ведущими, но не единственными учреждениями в лечении онкологических больных. Несмотря на известные достижения в облает лечения онкологических больных, больший успех достигается там, где имеет место раннее выявление таких больных, а что возможно лишь при активном участии всех лечебно-профилактических учреждений и прежде всего поликлиник. Для раннего выделении злокачественных новообразований имеется две возможности:

1. особая онкологическая настороженность не только всех врачей любой специальности, но и населения;
2. профилактические осмотры, в первую очередь целевые осмотры широких контингентов населения.

Существуют два основных принципа профилактики рака: 1-й — изучение канцерогенных веществ и устранение контакта человека с ними. Здесь имеет значение ликвидация профессиональных вредностей. На производстве - мероприятии против загрязнения окружающей среды, строгий санитарно-гигиенический контроль воды и продуктов питаний; 2-й — раннее выявление и радикальное лечение предопухолевых заболеваний, поскольку, как говорят онкологи, «без предрака нет рака». Реализации этого принципа должны cсоответствовать массовые медицинские профилактические осмотры и возрастание онкологической бдительности. Необходимо поставить на новый качественный уровень санитарно-просветительную работу среди населения.

Заключение

Целью контрольной работы являлось: анализ системы здравоохранения в странах мира, изучение инвалидности её причины и групп, а также выявление медико-социальных аспектов и современных тенденций в области изучения злокачественных новообразований. Анализ результатов позволяет сделать следующие выводы:

1) Изучение показало, что с точки зрения организационно-финансовых особенностей выделяют три основных системы здравоохранения: государственную, страховую и частнопредпринимательскую. Эти системы конкурируют между собой, имея положительные и отрицательные стороны. К примеру государственная система финансирования здравоохранения зависит от других статей бюджета и конкурирует с ними, правительство не всегда располагает возможностью расширения фондов здравоохранения, а возможности привлечения дополнительных средств весьма ограничены. Недостатки частнопредпринимательской системы – это нехватка ресурсов, и излишняя централизация и монополизация управления.

2) В ходе работы удалось установить, что инвалидность — это постоянная или длительная, полная или частичная потеря трудоспособности; наличие и степень устанавливаются врачебно-трудовыми экспертными комиссиями. В зависимости от тяжести заболевания, степени нарушения функций организма, клинического и трудового прогноза различают три группы инвалидности.

3) Установлено, что злокачественные новообразования занимают 2-е место среди причин смерти. Основной медицинской помощью являются онкологические диспансеры. Основные принципы профилактики рака - это изучение канцерогенных веществ и устранение контакта человека с ними и раннее выявление и радикальное лечение предопухолевых заболеваний.

Теоретическая значимость исследования состоит в том, что его результаты, основные выводы и обобщения способствуют более глубокому пониманию проблем системы здравоохранения, инвалидности и злокачественных новообразований.

Список использованных источников

1 Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник для студентов медицинских ВУЗов/ под ред. В.А. Меняева, Н.И. Вишнякова, - 4-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 528 с.

2 Лисицин Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение.: Учебник. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 520 с.

3 Комплексная реабилитация инвалидов: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Т.В.Зозуля, Е.Г.Свистунова, В.В.Чешихина и др.; Под ред. Т.В.Зозули. — М.: Издательский центр «Академия», 2005. — 304 с.

4 Артюнина Г.П. Основы социальной медицины. Учебное пособие для ВУЗов. М.: Академический проект, 2005. – 576 с.

5 Назарова Е.Н. Жилов Ю.А. Основы социальной медицины. Учебное пособие. - М.: Академия. – 368 с.