

ОБЗОРЫ

© Фомин Е.П., 2014
УДК 614.812

**ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ РАБОТАЮЩЕМУ НАСЕЛЕНИЮ
ЗАКРЫТЫХ АДМИНИСТРАТИВНО-ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ**

Е.П. Фомин

ФГБУЗ «Центральная медико-санитарная часть №71 ФМБА России»,
г. Озерск Челябинской области

Изучению состояния здоровья населения закрытых административно-территориальных образований (ЗАО) и его отдельных групп посвящены ряд исследований, которые в основном были направлены на выявление влияния на здоровье различных профессиональных факторов. При этом проводились лишь единичные работы по совершенствованию медицинской помощи работникам ЗАО.

Ключевые слова: население ЗАО, трудоспособный возраст, оказание медицинской помощи.

Основой государственной социальной политики является обеспечение приоритета сохранения и улучшения здоровья работающих как важнейшей производительной силы общества, определяющей национальную безопасность страны и ее экономическое развитие [24].

Российская Федерация по показателям здоровья населения продолжает уступать многим странам. Возможность существенного улучшения здоровья населения страны путем проведения преобразований в сфере здравоохранения и ранее исследовалась российскими учеными. Однако современные экономические условия и изменившаяся законодательная база требуют дополнительных научных разработок [14].

В настоящее время в здравоохранении имеют место серьезные проблемы: общий дефицит финансового и материально-технического обеспечения; межтерриториальные различия по уровню расходов на здравоохранение; дефицит, диспропорции в структуре медицинских кадров, низкое качество медицинской помощи, дезинтеграция в системе управления отраслью и неэффективное использование ресурсов. В результате в России фундаментальные цели системы

здравоохранения, такие как улучшение состояния здоровья населения (в том числе работающего) и обеспечение справедливости в доступности к медицинской помощи, не достигаются [17, 23].

В советский период в России существовала система медико-профилактической помощи работающим (система медицины труда), включавшая в себя первичную и вторичную профилактику, т. е. систему мер, направленных на улучшение условий труда, профилактику заболеваний, лечение и реабилитацию пострадавших работников [18].

К началу 1990-х годов в системе здравоохранения функционировали свыше 1000 медико-санитарных частей, более 1500 врачебных и 20 тыс. фельдшерских здравпунктов, в промышленном здравоохранении работали 80 тыс. врачей. Большинство крупных предприятий имело собственные санатории-профилактории. В годы реформ ухудшение условий труда на предприятиях сопровождалось резким сокращением социальных программ и разрушением системы охраны здоровья работающих [4, 5]. При этом, по уровню медико-социального об-

служивания населения сельские территории все еще катастрофически отстают от городских поселений [10].

Закрытые административно-территориальные образования в составе субъектов Федерации по своему социально-экономическому развитию имеют существенные различия с теми территориями, в состав которых они входят географически. Изучению состояния здоровья населения ЗАТО и его отдельных групп посвящены ряд исследований, которые в основном были направлены на выявление влияния на здоровье различных профессиональных факторов. Проводились единичные работы по изучению стратегий управления социально-экономическим развитием, обеспеченности услугами здравоохранения [13, 19] и совершенствованию медицинской помощи работникам ЗАТО [15, 16].

В результате исследования демографических процессов в ЗАТО – г. Северск в период с 1970 по 2005 г. был выявлен ряд серьезных демографических проблем, свойственных населению ЗАТО: снижение рождаемости и рост смертности, в результате сочетания которых отмечается противостоительная убыль населения; сокращение количества лиц трудоспособного возраста и увеличение удельного веса граждан, перешагнувших возрастной порог трудоспособности; снижение ожидаемой продолжительности жизни. Основными причинами смертности населения ЗАТО Северск в течение изучаемого периода были болезни системы кровообращения, злокачественные новообразования, а также травмы и последствия воздействия других внешних причин [7].

В другом исследовании представлен анализ причин смертности работников нефтехимических производств за 11 лет. Анализ показателей смертности в динамике свидетельствует об их увеличении по всем причинам смерти. За исследуемый период смертность от болезней системы кровообращения увеличилась в 4,6 раза, от новообразований – в 3,3 раза, от травм, отравлений и несчастных случаев – в 2,3 раза [9].

Проведен анализ состояния профессиональной заболеваемости на предприя-

тиях ведущих отраслей промышленности Воронежской области. Выявлены основные тенденции ее формирования и динамики. Результаты анализа состояния и тенденций профессиональной заболеваемости на предприятиях отраслей с наиболее высоким риском профессиональных заболеваний могут быть использованы для разработки мероприятий по профилактике профессиональной патологии на этих предприятиях [2].

Установлено, что состояние здоровья работающего населения и его тенденции в г. Железнодорожске, как закрытом административно-территориальном образовании, имеет закономерности, характерные общероссийским и региональным, сформировавшиеся в восьмидесятые-девяностые годы, но отличается менее выраженными негативными характеристиками. Заболеваемость в г. Железнодорожске имеет более высокие показатели чем в г. Красноярске и Красноярском крае, что связано в первую очередь с доступностью и более высоким уровнем качественной медицинской помощи, оказываемой населению г. Железнодорожска (1843,3 на тыс.населения г. Железнодорожска, 1538,8 на тыс.населения г. Красноярска – 2002 год). При изучении самооценки здоровья большинство респондентов оценивают его как удовлетворительное (78,56 %), оценку хорошо состоянию своего здоровья дали 20,38 % опрошенных [16].

По данным социологического исследования, полностью были удовлетворены медицинским обслуживанием 47,5 % респондентов (51,8 % мужчин и 33,9 % женщин), однако, в г. Зеленогорске удовлетворены уровнем оказываемой медицинской помощи только 18,2 % жителей (22,7 % мужчин и 14,2 % женщин). Среди респондентов из г. Красноярска их число оказалось еще меньше и составило лишь 4,8 % (5,8 % мужчины и 4,2 % женщины). Основными причинами неудовлетворенности медицинской помощью респонденты назвали: очереди на прием к врачу (30,42 %) и процедуры (21,25 %), нехватка или отсутствие специалистов (17,08 %). Уровень доверия медицинским работникам в г.

Железногорске значительно выше чем в г. Красноярске и ЗАТО г. Зеленогорск.

Для улучшения качества медицинской помощи предлагается повышение уровня оплаты труда медицинских работников, приобретение современного оборудования, развитие альтернативных методов лечения, повышение уровня подготовки медицинских работников, оплата труда медицинских работников по конечному результату – выздоровлению.

Научное обоснование путей трансформации существующей системы медицинского обеспечения работников, занятых на производстве с особыми условиями труда, было проведено Г.Я. Мельниковым [15]. На основе разработанной методологии комплексного социально-гигиенического исследования, проведено изучение состояния здоровья работников, занятых на производстве с особыми условиями труда и членов их семей. Отмечено, что на фоне снижения уровня обращаемости взрослого населения по поводу хронических заболеваний сформировалась тенденция к увеличению числа хронических заболеваний у подростков, потенциальных работников горно-химического комбината.

Несмотря на положительные самооценки состояния здоровья у работников, занятых на производстве с особыми условиями труда, имеет место высокий уровень обращаемости по поводу хронических заболеваний, что свидетельствует о недостаточной эффективности мероприятий профилактического, лечебного и реабилитационного характера. Отмечено, что члены семей работников, занятых на производстве с особыми условиями труда, имеют больше проблем со здоровьем, нежели члены семей работников, не занятых на производстве с особыми условиями труда. При этом медицинское обеспечение членов семей сравниваемых групп осуществляется участковыми врачами и врачами узких специальностей в одном амбулаторно-поликлиническом подразделении.

Автором были научно обоснованы пути трансформации существующей системы медицинского обслуживания работни-

ков, занятых на производстве с особыми условиями труда, и членов их семей в перспективную комплексную здоровьесберегающую систему нового уровня – систему семейно-цехового медицинского обеспечения, основу которой, составляет Центр групповой семейно-цеховой практики.

Таким образом, в настоящее время в РФ остро стоит проблема воссоздания системы охраны здоровья работающего населения, адаптированной к новым социально-экономическим условиям.

В НИИ медицины труда РАМН разработан проект Национального плана действий по сохранению здоровья работающих, основные положения которого базируются на отечественном опыте и гармонизированы с Глобальным планом действий по охране здоровья работающих на 2008-2017 гг. В этом документе, принятом ВОЗ, подчеркивается, что, несмотря на доступность эффективных медикосанитарных мер по профилактике профессиональных рисков, охране и укреплению здоровья работников, особенно занятых во вредных условиях труда, состояние здоровья работающих и степень их подверженности профессиональным рискам варьируют в широких пределах как между странами, так и внутри стран.

Проект Национального плана действий содержит предложения, которые позволят придать системе охраны здоровья работающих профилактический характер и будут способствовать решению ряда демографических проблем, повышению численности и качества трудовых ресурсов государства, росту производительности труда, что особенно важно для развития экономики страны [21].

Формирование и реализация социальной программы по охране здоровья работающих становится особенно актуальным на фоне проблем, возникших в течение последних пятнадцати лет в Российской Федерации [8, 12].

Одним из важнейших механизмов для управления санитарно-эпидемиологическим благополучием населения является создаваемая в России система социально-гигиенического мониторинга. Рас-

смаывая его как инструмент для наблюдения, оценки, прогноза влияния факторов среды обитания на здоровье населения и разработки на этой основе обоснованных профилактических мероприятий для принятия управленческих решений, многие авторы ожидают практические результаты в реализации профилактической направленности отечественной медицины. Социально-гигиенический мониторинг базируется на таком методологическом принципе, как оценка риска для здоровья [3].

Научное обоснование системы оценки риска нарушения здоровья работающих и населения трудоспособного возраста, проживающего в зоне техногенного загрязнения в условиях проведения социально-гигиенического мониторинга было проведено Л.М. Лескиной [11]. На основе комплексных социально-гигиенических исследований, выполненных на предприятиях с различной степенью вредности и опасности факторов производственной среды, с использованием различных показателей состояния здоровья работающих, показано, что в системе социально-гигиенического мониторинга «Производственная среда и здоровье» наиболее перспективным объектом для слежения являются случаи хронических заболеваний, а в качестве критериев оценки риска здоровью выступают показатели распространенности и риска развития хронических заболеваний.

В последние годы разрабатываются методические подходы к оценке состояния здоровья на основе системы индикаторов, используемых в международных сопоставлениях. В частности предлагаются индикаторы, учитывающие специфику изучаемой проблемы (смертность в трудоспособном возрасте и заболеваемость социально значимыми болезнями трудоспособного населения). В этом случае здоровье трудовых ресурсов оценивается на основе интегрального индекса здоровья населения с использованием методов экономико-математического моделирования и выявления степени его зависимости от составляющих компонентов [1, 6].

Особенности современного этапа развития ведомственного здравоохранения определяются, прежде всего, кардинальными структурными преобразованиями в отрасли, сложными социально-экономическими условиями, снижением показателей ресурсного обеспечения ведомственных ЛПУ, ухудшением показателей здоровья обслуживаемых контингентов. В связи с этим характеристика здоровья работников должна включать представление данных в интегрированном виде, в качестве интегрального оценочного показателя индексов DALY [20].

В условиях модернизации здравоохранения более эффективное использование материальных, кадровых и финансовых ресурсов становится не целью, а средством улучшения здоровья населения, о чем свидетельствует состав показателей, отобранных для мониторинга программ модернизации здравоохранения на региональном и муниципальном уровнях. В этих условиях анализ данных ОМС становится эффективным инструментом мониторинга решения поставленных задач [22]. Это позволяет установить не только медицинские, но и социально-экономические последствия заболеваемости населения, что имеет принципиальное значение для оценки эффективности стратегий предотвращения потерь здоровья.

Вместе с тем, подход с позиций ОМС позволяет оценить распределение объемов медицинской помощи на различные виды патологии во временных и финансовых показателях. Как показал проведенный анализ, во всех группах трудоспособного населения заболевания с высоким инвалидизирующим и летальным риском не входят в число приоритетов при распределении объемов оказания медицинской помощи.

Литература

1. Базарова Е.Л. Оценка профессионального риска нарушений здоровья работников производства титановых сплавов / Е.Л. Базарова // Медицина труда и промышленная экология. – 2007. – № 3. – С. 14-20.
2. Тенденции формирования профессиональной патологии на предприятиях

- Воронежской области / В.А. Беско [и др.] // *Здравоохранение Рос. Федерации*. – 2009. – № 4. – С. 47-49.
3. Боев В.М. Методология комплексной оценки антропогенных и социально-экономических факторов формирования риска для здоровья населения / В.М. Боев // *Гигиена и санитария*. – 2009. – №4. – С. 4-8.
4. Головкова Н.П. Условия труда и профессиональная заболеваемость на предприятиях горно-металлургического комплекса / Н.П. Головкова, А.Г. Чеботарев, Л.М. Лескина // *Медицина труда и промышленная экология*. – 2006. – № 12. – С. 6-11.
5. Гришин В.В. Реформа национальной системы здравоохранения / В.В. Гришин // *Здравоохранение*. – 2008. – № 4. – С. 139-144.
6. Дорожкина Е.Г. Оценка состояния здоровья трудовых ресурсов: методический подход / Е.Г. Дорожкина // *Вестник Самарского муниципального института управления*. – 2011. – № 1. – С. 75-80.
7. Демографические проблемы закрытого административно-территориального образования: медико-социальные аспекты / Д.Е. Калинин [и др.] // *Здравоохранение Рос. Федерации*. – 2010. – № 5. – С. 3-7.
8. Социологическое исследование условий и образа жизни трудоспособного населения промышленного города / Д.Е. Калинин [и др.] // *Здравоохранение Рос. Федерации*. – 2009. – № 6. – С. 24-27.
9. Смертность среди лиц трудоспособного возраста на нефтехимических производствах / Л.К. Каримова [и др.] // *Здравоохранение Рос. Федерации*. – 2009. – № 4. – С. 46-47.
10. Лебедева И.В. Особенности формирования демографической ситуации в промышленном г. Тольятти / И.В. Лебедева, В.В. Волков // *Дальневосточный медицинский журнал*. – 2011. – № 4. – С. 106-108.
11. Лескина Л.М. Оценка риска здоровью работающего населения в системе социально-гигиенического мониторинга (эпидемиолого-гигиеническое исследование): автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Л.М. Лескина. – М., 2005. – 29 с.
12. Возможности совершенствования системы охраны здоровья персонала предприятий атомной промышленности / Н.В. Литвяков [и др.] // *Здравоохранение Рос. Федерации*. – 2010. – № 6. – С. 19-23.
13. Лубенец Н.А. Стратегия управления социально-экономическим развитием закрытых административно-территориальных образований: на примере ЗАТО "Город Трехгорный" Челябинской области: автореф. дис. ... канд. экон. наук / Н.А. Лубенец. – Екатеринбург, 2003. – 24 с.
14. Медик В.А. Заболеваемость населения: история, современное состояние и методология изучения / В.А. Медик. – М.: Медицина, 2004. – 508 с.
15. Мельников Г.Я. Пути совершенствования медицинской помощи работникам ЗАТО, занятым на производстве с особыми условиями труда и членам их семей: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Г.Я. Мельников. – Красноярск, 2009. – 24 с.
16. Мельников Е.Г. Научное обоснование планирования и организации платных медицинских и сопутствующих услуг в ЗАТО г. Железногорска: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е.Г. Мельников. – Красноярск, 2005. – 24 с.
17. Серегина И.Ф. Результаты социологического исследования мнения населения Российской Федерации о качестве и доступности медицинской помощи / И.Ф. Серегина, А.Л. Линдербратен, Н.К. Гришина // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. – 2009. – №5. – С. 3-7.
18. Сквирская Г.П. Медико-организационные аспекты совершенствования охраны здоровья работающих и развития профпатологической службы в стране в современных экономических условиях: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Г.П. Сквирская. – М., 2001. – 48 с.
19. Сластихина Е.Е. Управление обеспеченностью закрытых административ-

- но-территориальных образований услугами здравоохранения: автореф. дис. ... канд. экон. наук / Е.Е. Сластухина. – СПб., 2009. – 24 с.
20. Титаренко Л.В. Современные подходы к методике интегральной оценки показателей здоровья у работников железнодорожного транспорта, больных туберкулезом / Л.В. Титаренко // Социальные аспекты здоровья населения. – 2011. – Т. 18, № 2. – С. 14-14.
21. Улумбекова Г.Э. Демографические вызовы системе здравоохранения Российской Федерации в период до 2020 г. / Г.Э. Улумбекова // Вестник Росздравнадзора. – 2011. – № 5. – С. 42-47.
22. Чумаков А.С. Модель непрерывного улучшения качества медицинских услуг в условиях обязательного медицинского страхования с позиций их потребителей (концептуальные и методические подходы): автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А.С. Чумаков. – Иваново, 2009. – 42 с.
23. Щепин О.П. Проблемы здоровья населения трудоспособного возраста и пути его улучшения / О.П. Щепин, В.К. Овчаров, Т.М. Максимова // Материалы I Всерос. конгр. «Профессия и здоровье». – М, 2002. – С. 35-36.
24. Lai T. Measuring burden of disease in Estonia to support public health policy / T. Lai, J. Habicht, R.A. Kiivet // Eur J Public Health. – 2009. – № 19(5). – P. 541-547.

ORGANIZATION OF MEDICAL ASSISTANCE TO THE WORKING POPULATION OF CLOSED ADMINISTRATIVE-TERRITORIAL EDUCATION

E.P. Fomin

The health status of the population of closed administrative-territorial education (CATE) and its individual groups are investigated to a number of studies mainly aimed to identifying the effects of various professional factors on health. However, only a few works were carried out to improve the health care for CATE workers.

Keywords: *population CATE, of able-bodied age, medical assistance.*

Фомин Е.П. – гл. врач ФГБУЗ «Центральная медико-санитарная часть №71 ФМБА России. 456780, Челябинская область, г. Озерск, ул. Строительная, 1.
E-mail: www.cmsch71.ru.