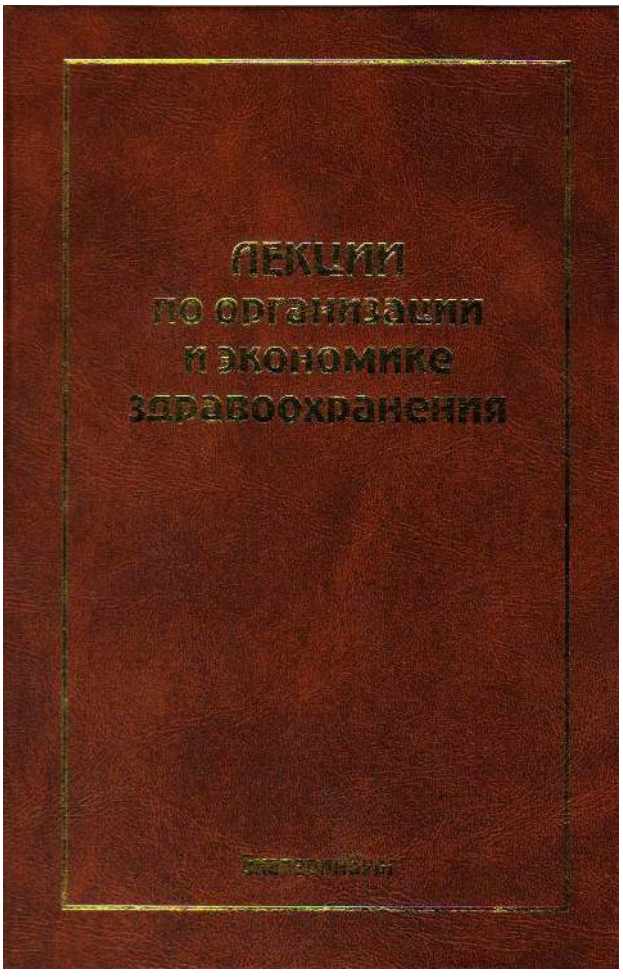
ЛЕКЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ЭКОНОМИКЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Уважаемые читатели!

Публикуем очередную статью из сборника «Лекции по организации и экономике здравоохранения» (под общей редакцией А.Б. Блохина, Е.В. Ползика, Т.В. Черновой), изданного в Уралмедсоцэкономпроблем и ГБУЗ СО ДКБВЛ «НПЦ «Бонум» в 2010 году. Книга посвящена актуальным проблемам организации, управления и экономике в данной отрасли, адресована руководителям здравоохранения, преподавателям медицинских ВУЗов и факультетов усовершенствования врачей, студентам, аспирантам, научным работникам.

В этом номере мы предлагаем Вашему вниманию лекцию доктора медицинских наук, профессора, заместителя директора НПЦ «Уралмедсоцэкономпроблем» Ползика Евгения Владимировича, посвященную современным проблемам организации медицинского обслуживания работающего населения.

По вопросам приобретения книжного издания обращаться в редакцию журнала.



СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ РАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ

Ползик Е.В.

Государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «НПЦ «Уралмедсоцэкономпроблем»

Согласно материалам Федеральной службы государственной статистики, численность населения Российской Федерации с 1990 по 2005 гг сократилась на 6,3 млн. человек, поэтому неслучайно, по мнению высшего руководства страны, на настоящем этапе развития государства главной проблемой является демографическая.

Процесс депопуляции негативно сказывается на трудовом потенциале страны. Исходя из разработанных специалистами министерства экономического развития прогнозов, в период с 2006 по 2015 гг. российский рынок труда будет терять ежегодно около 1 млн. человек, а максимум этого сокращения придется на 2010–2015 гг.

Кроме того, помимо количественного сокращения отмечается ухудшение здоровья населения трудоспособного возраста. Результатом этого стало то, что уровень смертности в этой возрастной группе в России в 4,5 раза превышает аналогичный показатель по Европейскому союзу.

Одной из главных причин ухудшения здоровья работающего населения в России являются неблагоприятные условия труда. В настоящее время на рабочих местах, не отвечающих требованиям санитарных норм и правил, трудятся более 5 млн. человек, в том числе 1,5 млн. женщин, кроме того, свыше 1 млн. человек занято тяжелым физическим трудом. По данным Н. Ф. Измерова, каждый шестой работающий находится в неблагоприятных гигиенических условиях, причем доля таковых в текстильной промышленности составляет 28,4%, рыбной промышленности 25,0%, цветной металлургии 30,4%, электроэнергетике 31,5%, авиационном и морском транспорте 32,5 и 24,1%, соответственно. Наиболее же высок этот показатель в угольной отрасли (45,3%) и черной металлургии (40,7%).

Вместе с тем, специалисты отмечают, что статистическая информация об условиях труда в России отличается невысокой достоверностью, поскольку

постоянное реформирование промышленного производства в стране, нарастание удельного веса негосударственного сектора, ослабление контроля за охраной труда со стороны профсоюзов значительно снижают полноту и качество учета.

Неудовлетворительные условия труда на промышленных предприятиях являются причиной специфических и неспецифических нарушений здоровья работающих. В результате, в последнее десятилетие в стране было зарегистрировано свыше 120 тысяч больных с впервые установленным диагнозом профессионального заболевания, причем 97% из них представляет собой хронические виды патологии, влекущие ограничения как профессиональной, так и общей трудоспособности. В период до 2001 г. в стране отмечалась выраженная тенденция к росту показателя профессиональной заболеваемости, в связи с чем, он достигал уровня в 2,24 случая на 10000 работающих. В последующие годы наметилось его снижение, и в 2008 г. официальный уровень профессиональной заболеваемости в стране составил 1,47 на 10000.

Вместе с тем, за средними по стране показателями скрывается выраженная неравномерность распределения профессиональных больных по отраслям экономики. Наиболее высокие показатели профессиональной заболеваемости регистрируется на предприятиях угольной промышленности (26,05 на 10000 работающих), авиационного транспорта (21,52), цветной металлургии (13,13), энергетического машиностроения (8,98), черной металлургии (7,83), тяжелого машиностроения (6,58). В 2006 г. в 24 отраслях экономики из 61 отмечался рост показателей профессиональной заболеваемости. Среди субъектов Российской Федерации наиболее высокие её уровни регистрируются в Кемеровской области (11,46 на 10 000 работающих), Республике Коми (8,29), Мурманской (5,86), Липецкой (5,25), Ростовской (4,17), Челябинской (3,62) и Свердловской (3,4) областях.

В связи с отсутствием в России единой системы регистрации профзаболеваний и случаев инвалидности вследствие них, нет достоверных и исчерпывающих данных об общей численности больных. В результате, регистрируемые в стране уровни профессиональной заболеваемости оказываются значительно ниже, чем в других

экономически развитых странах (табл. 1).

Таблица 1
Профессиональная заболеваемость в некоторых странах, 2000 г.

Страна	Уровень заболеваемости на 10 000 работающих
США	11,0
Дания	50,0
РФ	1,8

По мнению специалистов, эти различия объясняются, с одной стороны, иными принципами экспертизы связи патологии с профессией, принятыми в России по сравнению со странами Евросоюза, а с другой низкой выявляемостью профзаболеваний в стране. По мнению Н. Ф. Измерова, основная часть профессиональных болезней маскируется под видом общей патологии, в связи с чем работникам с нарушениями здоровья, возникшими в процессе трудовой деятельности, своевременно не ставится диагноз и не проводится необходимое лечение. В результате происходит утяжеление первично выявленной профессиональной патологии, в ее структуре наблюдается преобладание тяжелых форм и, как следствие, растет уровень инвалидизации больных с впервые выявленными профессиональными болезнями, достигший в 2007 г. 31%.

Одной из причин высокого уровня инвалидизации больных профессиональными заболеваниями в Российской Федерации является то, что выявление профессиональных заболеваний происходит на поздних стадиях, когда работник уже становится инвалидом и по объективным показателям не может продолжать работу в профессии, а нередко теряет и общую трудоспособность.

По данным Всемирной организации здравоохранения, ухудшение здоровья и снижение трудоспособности работающих приводят к экономическим потерям, составляющим 10-20% валового национального продукта. В России в 1990 г. ориентировочные величины такого ущерба от основных форм профессиональных заболеваний составляли 2,58 млрд. рублей, при этом потери за счет недоданной продукции превысили 20 млрд. рублей, выплаты льготных пенсий – 7,3 млрд. рублей. Выплаты же компенсаций за вредные и

опасные условия труда составили 4 млрд. рублей, что в 2 раза больше, чем затраты на улучшение условий труда.

Расчеты величины экономического ущерба от среднего случая профзаболевания, проведенные на Уралвагонзаводе (г. Нижний Тагил), показали, что для заболевания силикозом она составляла 496,3 тыс. рублей в год, силикотуберкулезом – 589,2 тыс. рублей, пневмокониозом – 296,8 тыс. рублей, в целом по группе остальных профессиональных болезней (нейросенсорная тугоухость, вибрационная болезнь, профессиональный рак) – 279,8 тыс. рублей (В. Ю. Фурман, 2008).

Еще более высокий экономический ущерб от профессиональной заболеваемости отмечается в таких социально развитых государствах как Германия и США. В начале 90-х годов XX столетия в Германии потери только за счет выплат по социальному страхованию составляли 12,6 млрд. марок в год, а в США суммарный ущерб от 515 случаев профессиональных болезней, выявленных в 1994 г., был оценен как равный 121 млрд. долларов.

Вредные факторы производственной среды не только приводят к возникновению профессиональных заболеваний, но могут служить причиной развития и прогрессирования общей патологии. По данным разных авторов, от 20 до 40% трудопотерь в связи с болезнями прямо или косвенно связаны с неудовлетворительными условиями труда. Как отмечает Н.Ф. Измеров, профессиональные риски ухудшают показатели смертности от хронических заболеваний: на 15% от астмы, на 13% от хронических обструктивных легочных заболеваний, на 13% от сердечно-сосудистых болезней, на 10% от онкологических новообразований.

В среднем из-за болезней теряется до 10 рабочих дней на 1 работающего, что в год приводит к экономическим потерям в размере 1,4% валового внутреннего продукта, при этом от 20 до 40% трудопотерь обусловлено заболеваниями, прямо или косвенно связанными с неудовлетворительными условиями труда.

Важным индикатором, позволяющим оценить влияние профессиональных факторов на здоровье работающих, является заболеваемость с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ). Согласно результатам многих исследований, вклад их достигает 30%.Вместе с тем, в России показатели ЗВУТ недостаточно полно отражают состояние здоровья работающих. В силу

таких социально-экономических причин, как боязнь людей потерять работу, введение платных услуг в здравоохранении, обращаемость за медицинской помощью резко снизилась, особенно в случаях, сопровождающихся утратой трудоспособности.

Согласно официальным статистическим данным, на протяжении 90-х годов в стране наблюдалась тенденция к снижению случаев и дней нетрудоспособности, и лишь после 1999 г. наметился некоторый их рост. Тем не менее, эти показатели были более, чем на 20% ниже, чем в середине 80-х годов.

Таким образом, современный этап развития России характеризуется значительным ухудшением здоровья работающих в промышленном производстве, что создает предпосылки к сокращению трудового потенциала страны. Вместе с тем, Россия долгие годы имела приоритет в развитии медицины труда. Уже к 1932 г. в СССР на предприятиях было развернуто 6139 здравпунктов, в том числе в РСФСР 3880, при этом многие из них были врачебными.

Однако рост их количества не всегда сопровождался улучшением качества их работы. В связи с этим началось создание первых в стране заводских амбулаторий и поликлиник. В последствии этот опыт лег в основу создания нового типа учреждений – медико-санитарных частей (МСЧ). Структура их включала поликлинику, а также промышленно-санитарную организацию, и лишь позже в их состав были включены стационары и профилактории.

Форма и структура МСЧ были официально утверждены в 1939 г. Они организовывались на промышленных предприятиях с числом работающих на них от 4000 человек и более, а на предприятиях угольной, нефтяной, нефтеперерабатывающей, горнорудной и химической промышленности – с числом работающих от 2000 человек.

В 1970 г. число МСЧ достигло 1445, из них в 1058 имелись стационары с общим числом развернутых коек 186567 при средней мощности 176 коек.

Здравпунктов в это же время было 32262, из них каждый десятый был врачебным. К середине 70-х годов было проведено укрупнение МСЧ, в результате к 1976 г. средняя мощность стационаров возросла до 227 коек, но общее их число при этом сократилось до 925, число самих МСЧ уменьшилось до 1348, а количество врачебных здравпунктов – с 3268 до 2485.

Деятельность МСЧ строилась по цеховому участковому принципу. Цеховой участок организовали из расчета на каждые 2000 рабочих, а на предприятиях угольной, горнорудной, химической и нефтеперерабатывающей промышленности – на 1000 рабочих. Для тех предприятий, где не было МСЧ, цеховой врач выделялся территориальной больницей или поликлиникой.

Вместе с тем, цеховой принцип организации медицинской помощи рабочим нередко приводил к дублированию работы МСЧ и лечебно-профилактических учреждений общей сети.

Таким образом, в период существования Советского Союза в стране была создана мощная и достаточно эффективная система медицины труда, однако при этом приоритет отдавался медицинскому обеспечению работников промышленных предприятий, с акцентом на профилактику профессиональных заболеваний. В то же время охране здоровья работающих в непроизводственной сфере внимания уделялось существенно меньше, несмотря на то, что деятельность многих профессиональных групп была связана с неблагоприятными условиями труда.

В результате проведенной в 90-е годы XX столетия радикальной смены социально-экономической модели российского государства, приватизации промышленных предприятий, развития среднего и малого бизнеса произошли значительные изменения в системе охраны здоровья работающих. Результатом выхода Постановления Правительства Российской Федерации от 23.12.1993 г. № 1325, дающего возможность передавать различные учреждения социальной сферы, в том числе и медицинского профиля, в муниципальную собственность, стало резкое сокращение сети медсанчастей. К 2000 г. Их количество в стране уменьшилось на 63%, имеющийся в их структуре коечный фонд со 168 тысяч коек понизился до 44 тысяч (на 73,8%), а количество занятых врачебных должностей уменьшилось в 3,1 раза (с 72 до 23 тысяч). В результате этих преобразований при предприятиях осталось меньшая часть медсанчастей, а большинство их превратились в муниципальные лечебно-профилактические учреждения, утеряв при этом технологии, специфические для медицины труда.

Например, в Свердловской области за 1990–1999 гг. количество и сократилось с 46 до 2, в Челябинской – с 200 до 3-х, а в Москве из более чем 100 медсанчастей только 17 сохранили свою принадлежность промышленным предприятиям.

Начавшаяся с 2000 г. стабилизация, а затем и рост промышленного производства в России, привели к формированию обратной тенденции – организации новых и восстановлению ранее действовавших медицинских организаций при приватизированных предприятиях. В Свердловской области в 2000– 2004 гг. количество медсанчастей увеличилось с 2 до 22, в Челябинской области – с 3 до 14. Основная их масса (73%) представляет собой поликлинику с большей или меньшей сетью здравпунктов в цехах (до 5 здравпунктов имели 50% МСЧ, еще 36% – от 5 до 10). Количество врачей, работающих в этих медицинских организациях, в основном невелико, в 18% оно не превышает 15 человек, еще в 45% составляет от 15 до 30 специалистов.

Несмотря на то, что для настоящего этапа развития здравоохранения в России характерно постепенное восстановление элементов системы промышленной медицины, специалисты отмечают ряд характерных для него недостатков. Во-первых, процессы организации МСЧ или иных структур, занятых оказанием медицинской помощи работающим, происходят стихийно, без учета наколенного отечественным здравоохранением опыта. Во-вторых, деятельность вновь создаваемых при промышленных предприятиях медицинских организаций отличается автономностью от муниципального здравоохранения, что часто приводит к низкой её эффективности. В-третьих, основной акцент в своей работе они делают на оказание экстренной помощи при травмах, отравлениях, а также на лечение уже возникших заболеваний и в гораздо меньшей степени уделяют внимание профилактике профессиональных и профессионально обусловленных болезней. В-четвертых, мало уделяется внимания организации управления здоровьем обслуживаемого контингента работающих (Ю. Ф. Кузьмин, 2004).

На основании изложенного можно констатировать, что в России происходит постепенное восстановление системы медицины труда, однако, для настоящего исторического периода характерны следующие особенности:

1. Организационные принципы системы, отвечающие новым социально-экономическим условиям, находятся пока еще в стадии становления.

2. Несмотря на усиливающийся дефицит трудовых ресурсов, проблема охраны здоровья не относится к числу приоритетов социальной политики российского государства. В частности, разработанная еще в 2003 г. программа «Здоровье работающего населения Росси» так и не была принята Правительством Российской Федерации.

3. Основное внимание продолжает уделяться медицинскому обеспечению промышленных рабочих, несмотря на то, что в структуре работающего населения страны произошли коренные изменения: если в 1995 г. соотношение численности работающих в производственной и непроизводственной сферах составляло 58,2 и 41,8% соответственно, то в 2005 г. оно сменилось на противоположное – 48,3 и 51,7%. Опыт экономически развитых стран свидетельствует о том, что промышленное производство по мере своего технологического совершенствования становится все менее массовым и наоборот, численность работников сферы управления, торговли и услуг возрастает. Так, например, в Великобритании доля последних составляет 69,8%, а в США – 73,4%.

4. Интенсивное развитие среднего и малого бизнеса обострило проблему охраны труда и здоровья работающих. По данным Росстата, на постоянной основе в этом секторе экономики занято 8 млн. человек, а с учетом неформальной деятельности – около 18-20 млн. человек. Значительная часть таких предприятий функционирует в производственных помещениях, не соответствующих требованиям санитарных норм, на них используется, как правило, физически и морально устаревшее оборудование, которое не отвечает требованиям безопасности труда, что, в свою очередь, повышает профессиональный риск для здоровья занятого на них персонала.

5. Основное внимание в деятельности служб по медицине труда продолжает уделяться борьбе с профессиональными заболеваниями, в то время как основной ущерб наносится группой так называемых профессионально обусловленных болезней.

6. Проблема разработки новой организационной модели медицины труда в Российской Федерации не относится к числу приоритетных в

деятельности научных коллективов, работающих в сфере общественного здоровья и здравоохранения, а также гигиены труда.

Вместе с тем, уже в 90-е годы прошлого столетия во многих странах мира наблюдалась активизация поиска новых организационных решений в сфере оказания медицинской помощи работающих. В частности, в 1999 г. министры здравоохранения 52 европейских стран – членов ВОЗ приняли Лондонскую декларацию третьей конференции по окружающей среде и укреплению здоровья. В ней отмечается: «Мы признаем важность введения на рабочем месте мер укрепления здоровья, которые удовлетворяли бы нуждам и целям здравоохранения, а также право рабочего быть привлеченным к процессу принятия решений по поводу укрепления его здоровья на производстве. Мы собираемся всемерно внедрять практику качественной работы по охране и профилактике здоровья и здорового образа жизни и управления ими на предприятиях наших стран». На это же направлены Конвенция МОТ № 161 «О службах по медицине труда» и Глобальная стратегия ВОЗ по медицине труда.

Как отмечает руководитель международной комиссии по медицине труда ВОЗ Й.Рантанен, в последнее время в мире качественным образом меняются организационные формы служб, занятых охраной здоровья работающих – «…они становятся более гибкими, их структура – более сложной, обслуживание ими работающих – все более динамичным, рабочие места – нестабильными, а сам труд приобретает все более временный характер».

Очевидно, что эти тенденции предполагают принятие и реализацию специальных требований к обеспечению служб по медицине труда с точки зрения их структуры, содержания работы и методов. Особо важным является организация служб для секторов экономики, где работающие недополучают медико-санитарную помощь в требуемом объеме, а также там, где таких служб не существует. Применительно к Российской Федерации речь может идти о большом числе секторов непроизводственной сферы экономики, а также предприятий малого и среднего бизнеса.

Основной вопрос в организации служб по медицине труда – это не форма, а функциональность системы, которая должна в полной мере

позволять обеспечить имеющиеся потребности в профилактике заболеваний и безопасности труда во всех секторах и на каждом рабочем месте. По мнению специалистов ВОЗ, базовая модель службы по медицине труда должна отвечать следующим условиям:

1) быть частью общей системы, обеспечивающей охрану здоровья;

2) располагать возможностью обеспечивать выполнение функций несколькими подразделениями служб;

3) обеспечивать сотрудничество с учреждениями, оказывающими первичную медико-санитарную помощь населению;

4) обеспечивать сотрудничество с организациями, отвечающими за безопасность труда на производстве;

5) располагать возможностью обслуживать малые предприятия и рабочие места, где помощь по медицине труда оказывается не в полном объеме.

Для реализации этих принципов в мире разработаны различные модели обеспечения услуг в сфере медицины труда:

1) структура, принадлежащая крупной компании, состоящей из несколько предприятий;

2) структура, обеспечивающая медико-санитарную помощь работающим на одном предприятии;

3) служба, организованная совместно несколькими предприятиями среднего и малого бизнеса;

4) частнопрактикующий терапевт, прошедший специальное обучение по медицине труда;

5) частный медицинский центр либо представляющий только услуги по медицине труда разными организациями, либо имеющий их в перечне своей деятельности;

6) муниципальная или региональная больница с поликлиникой, имеющая в своей структуре отделения по медицине труда.

В России в последние 15 лет влияние государства на систему медицины труда резко сократилось. В этих условиях важное значение приобретает такая моральная категория, как социальная ответственность бизнеса. 4 февраля 2004 г. VIII Всемирным русским народным собором был принят «Свод нравственных принципов и правил хозяйствования». Он предназначен для предпринимателей, работников профсоюзов, государственных органов и общественных организаций и содержит 10 принципов, в 7 из которых затронуты вопросы медицины труда.

Наряду с Русской православной церковью проблемы социальной ответственности бизнеса закреплены и в Социальной хартии Российского союза промышленников и предпринимателей (РСПП). В ее разделе «Взаимоотношения с работниками» провозглашено: «Мы относимся к жизни человека как к высшей ценности. Для нас нет и не может быть компромисса между здоровьем, безопасностью работника и получением прибыли. Безопасность труда и здоровье работников мы относим к ключевым приоритетам. Мы признаем трудовые права работников как неотъемлемую часть прав человека. В своей деятельности мы соблюдаем установленные законом права работников в сфере труда, признаем право работника на достойное вознаграждение за результаты труда, содействуем предотвращению любых форм дискриминации и способствуем раскрытию профессиональных и личных способностей наших работников, поддерживаем их участие в решении принципиальных вопросов развития предприятий». В разделе «Права человека» отмечается: «Мы признаем неприкосновенность прав человека, не допускаем их нарушения, поддерживаем соблюдение любых прав человека, имеющих отношение к деятельности компаний».

Съезд РСПП, одобрив Социальную хартию, предложил всем членам российского делового сообщества присоединиться к ней. В постановлении съезда подчеркивается, что тема социальной ответственности бизнеса должна рассматриваться как достижение устойчивого развития компаний, которое отвечает долгосрочным интересам акционеров, социальным целям общества, способствует достижению социального мира, безопасности и благополучия граждан, сохранению окружающей среды, соблюдению прав человека.

Таким образом, можно констатировать, что в мире и России имеются документы, содержащие этические нормы хозяйствования, адресованные преимущественно работодателям, и главная задача – обеспечить их внедрение в общественное сознание и практику деятельности.

Как уже отмечалось выше, в Советском Союзе был накоплен огромный опыт организации медицинского обеспечения работающих в сфере промышленного производства. Однако проведенная в 90-е годы приватизация предприятий

сопровождалась разделом между владельцами предприятий и муниципальными органами власти многих объектов социальной сферы, в том числе и здравоохранения. В результате на месте ранее существовавшей сети медсанчастей возникли 2 группы медицинских учреждений. Первую из них, значительно большую по количеству, составили муниципальные лечебно-профилактические учреждения, в которые превратились медсанчасти после их передачи в муниципальную собственность. В них наблюдается значительное сокращение объемов помощи, оказываемой в сфере медицины труда.

Вторая группа представлена организациями, принадлежащими промышленным предприятиям, деятельность которых полностью сосредоточена на медицинском обслуживании работающих. Эти две группы учреждений различаются не только по форме собственности, но и по источникам финансирования. Для первой таковыми являются: муниципальный бюджет, территориальный фонд ОМС и прочие источники (платные услуги населению, средства из системы добровольного медицинского страхования и т.д.). Что же касается второй группы лечебно-профилактических учреждений, то часто единственным источником их финансирования является головное предприятие.

Типичным примером такого разделения может служить система медицинского обслуживания работников Уралвагонзавода (г. Нижний Тагил). До 1994 г. она была представлена крупной медсанчастью открытого типа, включающей 2 поликлиники, одна из которых расположена на территории завода, стационар, женскую консультацию, родильный дом и другие отделения. В 1994 г. медсанчасть была разделена на заводскую и муниципальную части.

Первую – современную медсанчасть УВЗ составляет расположенная на территории предприятия поликлиника на 900 посещений в день, сеть из 38 здравпунктов, санаторий-профилакторий, во вторую – муниципальную центральную городскую больницу г. Нижнего Тагила (ЦГБ №1) – вошли все остальные вышеназванные подразделения бывшей медсанчасти. Аналогичная ситуация характерна для многих крупных промышленных предприятий страны.

В результате, несмотря на укрепление в последние годы

экономического положения промышленных предприятий и местных сообществ, возможности полного финансового обеспечения услуг по медицине труда остаются недостаточными. В частности, согласно приведенным в предыдущей главе данным, финансирование ЦГБ № 1 г. Нижний Тагил за счет средств муниципального бюджета остается ниже потребностей на 40%. В свою очередь, возможности Уралвагонзавода исчерпываются финансированием лишь одной поликлиники и сети здравпунктов.

В этих условиях решение проблемы улучшения здоровья работающих можно обеспечить только путем координации усилий государства и бизнес-сообщества. Такой подход был одобрен в качестве стратегического курса на 7-м совещании центров ВОЗ по медицине труда в г. Стреза, (Италия), прошедшем 8–9 июня 2006 г.

Основным инструментом координации действий со стороны государства и бизнеса может стать государственно-частное партнерство (ГЧП). Однако в здравоохранении оно пока развито крайне слабо. Основными формами ГЧП, использование которых возможно и целесообразно в медицине труда, являются следующие:

1. Государственный сектор и частные партнеры присоединяются к уже существующей организации или совместно создают смешанную организацию. Главная задача при такой форме – объединение финансовых средств из государственных и частных источников.

2. Государство и частные партнеры заключают договор (контракт). Основными типами таких соглашений могут быть: сервисные контракты, контракты на управление, договор аренды, договор лизинга, концессионное соглашение.

Применительно к сфере медицины труда перспективным является вариант ГЧП, связанный с созданием совместного медико-профилактического учреждения, однако, при его организации возникает вопрос о правовом статусе. Согласно Гражданскому кодексу, это может быть либо коммерческая, либо некоммерческая организация. Естественно, что применительно к здравоохранению речь может идти лишь о правовой форме, названной последней.

В свою очередь, согласно Гражданскому кодексу и ФЗ «О некоммерческих организациях», юридические лица, являющиеся

некоммерческими организациями, могут создаваться в форме: 1) потребительских кооперативов, 2) общественных или религиозных организаций, 3) благотворительных или иных фондов, 4) ассоциаций или союзов, 5) некоммерческого партнерства, 6) учреждения, 7) автономной некоммерческой организации.

В табл. 2 приведены материалы, содержащие сравнительную характеристику всех перечисленных организационно-правовых форм некоммерческих организаций. Исходя из них, наиболее подходящими для государственно-частной медицинской организации могут быть признаны лишь две – «учреждение» и «автономная некоммерческая организация».

Таблица 2

Сравнительная характеристика организационно-правовых форм некоммерческих организаций

Формы / Содержание	Потребительский кооператив	Общественная организация	Фонд	Ассоциация или союз	Учреждение	Некоммерческое партнерство	Автономная некоммерческая организация
Состав учредителей (участников, пайщиков)	Юрид. и физич. Лица, кроме унитарных предприятий и учреждений	Только физические лица (граждане)	Фиксированного членства не имеют	Либо только коммерческие, либо только некоммерческие организации	Публичное образование (в т.ч. муниципальное)	Юридические и физические лица	
Личное участие учредителей в делах организации	Не обязательно	Обязательно	Не имеет членства	Управляет деятельностью организации	Исключено	Имеют членство	Не имеет членства
Учредительные документы	устав	Положение об организации или устав	Устав	Учредительный договор и устав	Положение об учреждении	Учредительный договор и устав	
Права организации	Определяются уставом	Определяются специальным законом и положением об организации	Обладает правом собственности на переданное имущество. Органы управления могут изменить устав.	Обладает правом собственности на переданное имущество	Обладает правом оперативного управления имуществом, распоряжается денежными средствами по смете	Обладает правом собственности на переданное имущество	
Права учредителей (участников)	Определяют состав и компетенцию органов управления	Определяются специальным законом и положением об организации	Утверждают Устав. Определяют судьбу имущества после ликвидации Фонда. Назначает должностных лиц.	Безвозмездно пользуются услугами организации. Сохраняют самостоятельность и права юридического лица.	Вправе изъять имущество в трёх случаях: если имущество излишнее, неиспользуемое или используемое не по назначению; в случае изъятия собственник может распоряжаться им по своему усмотрению (п.2 ст.296 ГК РФ)	Участвуют в управлении делами, могут выходить из состава с получением части имущества	
Контроль деятельности организации	Определяются уставом	Определяются положением	Создается попечительский совет для надзора	Определяются учредительным договором	Определяются положение об организации	Определяются учредительными документами	

Продолжение таблицы 2

Право собственности учредителей на переданное имущество (взносы)	Могут иметь в соответствии с уставом	Не имеют	Не имеют	Не имеют	Имеют	Имеют	Не имеют
Обязательства и ответственность организации	Субсидарная ответственность пайщиков	Участники не отвечают по обязательствам организации, а организация не отвечает по обязательствам своих учредителей		Не отвечают по обязательствам членов, но члены отвечают по обязательствам организации в соответствии с учредительными документами.	Отвечают закрепленным за ними имуществом по своим долгам и не отвечают по долгам собственника (п.4 ст.214, п.3 ст.215)	Организация и её члены не отвечают по обязательствам друг друга	Организация и её учредители не отвечают по обязательствам друг друга
Возможность банкротства	Допускается в субсидарном порядке по требованию кредиторов	Определяется специальным законом и положением об организации	Только по суду при недостатке имущества, если цели не могут быть достигнуты	Исключается	Исключается	Исключается	Исключается
Убытки покрываются	За счет дополнительных паевых взносов и доходов от предпринимательской деятельности		За счет доходов от предпринимательской деятельности	За счет взносов членов	Собственником	За счет взносов членов	За счет взносов учредителей
Предпринимательская деятельность	Возможны определенные её виды. Доходы от нее распределяются между членами	Допускается только соответствующая целям деятельности		Либо создают хозяйственные общества, либо сами преобразуются в хозяйственные общества	Возможна с разрешения собственника	Допускается в соответствии с целями создания организации	
Создание других организаций	-	-	Допускается создавать хозяйственные общества либо участвовать в них		Не допускается	Не допускается	Не допускается

Основные характеристики формы «учреждение» следующие:

финансирование учредителями деятельности организации осуществляется по утвержденной ими смете расходов и доходов. В принципе, лечебно-профилактическое учреждение с такой организационной формой может заниматься и предпринимательской деятельностью, но лишь в тех случаях, если это служит достижению целей, ради которых оно создано, и с согласия учредителей; 2) за учредителями сохраняется собственность на имущество, а организация обладает только правом оперативного управления им и распоряжения денежными средствами в пределах сметы. Учредитель вправе изъять имущество в трех случаях: если оно не используется, излишнее или используется не по назначению. Возможность банкротства «учреждения» исключена, а убытки его покрываются собственниками. Наиболее ярким примером медицинской некоммерческой организации с правовой формой «учреждение» является «Медсанчасть администрации г. Магнитогорска и Магнитогорского металлургического комбината», действовавшая в таком статусе с 1996 по 2001 гг. Из названия видно, что учредителями ее стали муниципальные власти и крупное промышленное предприятие. Как отмечает М. В. Шеметова (2001), создание такой организации позволило решить несколько важных задач. Во-первых, удалось, с одной стороны, обеспечить в

полном объеме оказание медицинской помощи работникам металлургического комбината, а с другой, – значительной (более 50%) части взрослого населения города. Во-вторых, благодаря своему правовому статусу эта медицинская организация получила доступ ко всем возможным источникам финансирования – муниципальный бюджет, средства ОМС, средства предприятия, система ДМС, платные услуги населению и другие.

Согласно приводимым автором этого исследования данным, уже в первые два года после создания совместной организации объем ее финансирования увеличился в 8 раз. В-третьих, управление организацией было реализовано в форме Правления в составе 7 человек, включающего в себя по 3 представителя от каждого из учредителей и главного врача. Эта форма обладает многими чертами общественных (попечительских) советов, широко распространенных в странах Европы и северной Америки. Успешный опыт деятельности «Медсанчасти администрации г. Магнитогорска и Магнитогорского металлургического комбината» свидетельствует о потенциально высокой эффективности этой формы ГЧП, а её организационно-правовой статус – некоммерческая организация в виде «учреждения» – следует оценить как вполне адекватный задачам развития системы медицины труда в России.

Второй из возможных правовых форм для совместной медицинской организации является «автономная некоммерческая организация» (АНО). Отличиями её от формы «учреждение» являются следующие:

1. Если цель создания «учреждения» – осуществление управленческих,

социально-культурных или иных функций некоммерческого характера, то АНО – предоставление услуг в области образования, здравоохранения, культуры, науки и т.д.

2. Имущество, переданное АНО, переходит в его собственность, и учредители не сохраняют своих прав на него.

3. Учредители АНО не отвечают по его обязательствам.

4. В АНО существует высокая степень свободы при выборе системы управления организацией.

5. Услугами АНО учредители могут пользоваться только в равной степени с другими лицами.

6. АНО является собственником всего имущества, в связи с чем, у неё

появляется возможность работы с кредитными организациями.

Как видно из приведенных материалов, организационно-правовая форма АНО создает условия для существенно большей экономической самостоятельности, чем «учреждение». В 2004–2005 гг. внимание к ней резко возросло в связи с рассмотрением в Государственной Думе закона «О специализированных государственных и муниципальных некоммерческих организациях». Минздравсоцразвития РФ эта форма в тот период рассматривалась как наиболее оптимальная для реформирования лечебно-профилактических учреждений. Примером ее практического применения может служить вышеназванная «Медсанчасть администрации г. Магнитогорска и Магнитогорского металлургического комбината», которая в период после 2002 г. действовала в организационно-правовой форме АНО. Согласно опубликованным данным эти изменения в целом положительно повлияли на финансово-хозяйственную деятельность медсанчасти и способствовали повышению интенсивности использования имеющихся ресурсов. Вместе с тем, какого-либо заметного улучшения индикаторов, характеризующих социальную эффективность работы медсанчасти, не было отмечено.

Таким образом, имеющийся в России опыт показывает, что обе правовые формы: «учреждение» и «АНО», – целесообразно использовать при создании совместных, муниципально-частных организаций, занятых медицинским обслуживанием работников промышленных предприятий. В то же время, на настоящем, во многом начальном, этапе развития системы медицины труда в России, на наш взгляд, более отвечающей реально существующим условиям следует считать форму «учреждение». АНО, являясь полностью независимой от учредителей организацией, требует не только высококвалифицированного менеджмента, умеющего работать в рыночных условиях, но и во многом изменения менталитета руководства муниципалитетов и владельцев предприятий. Последнее обстоятельство, как показывает практика, часто является причиной отказа от такой формы ГЧП как создание совместной медицинской организации.

Вместе с тем, возможен и менее радикальный способ решения

рассматриваемой задачи. В г. Череповце Вологодской области, являющемся местом дислокации ОАО «Северсталь», медицинское обеспечение работников предприятия осуществляется крупной муниципальной больницей. В то же время, значительная часть финансирования этого лечебно-профилактического учреждения осуществляется за счет предприятия путем добровольного медицинского страхования (ДМС) работающих. В результате применения такой формы ГЧП, в структуре финансирования муниципальной больницы г. Череповца доля средств ДМС составляет 64,8%, ОМС – 22,1%, средств муниципального бюджета – 5,4%, за счет платных услуг населению – 5,3%, прочих источников – 2,4%. Как отмечают авторы, подобная схема финансирования муниципального медицинского учреждения успешно действует с 2005 года.

Еще одним вариантом ГЧП в сфере медицины труда может быть включение принадлежащих предприятиям медицинских организаций в систему муниципального заказа. Примером может служить расположенная на территории г. Тюмени поликлиника, ранее принадлежавшая Министерству водного хозяйства и сохранившая свой ведомственный статус.

Таким образом, имеющийся опыт по организации медицинского об использовании разных форм ГЧП. На наш взгляд, этот итог вполне закономерен, поскольку в настоящее время ни государственная и муниципальная власти, ни, за редким исключением, промышленные предприятия не способны в одиночку обеспечить адекватное современным требованиям финансирование службы медицины труда. Другой вопрос, каковы должны быть формы такого партнерства. На основании накопленного в последние годы опыта можно полагать, что наибольшую перспективу имеет вариант софинансирования предприятием услуг по медицине труда, оказываемых муниципальным лечебно-профилактическим учреждением с помощью ДМС. По сравнению с другими формами ГЧП он опирается на более прочную законодательную базу и соответствует менталитету муниципальных руководителей и работодателей.

Как уже отмечалось выше, последние два десятилетия характеризуются постоянным изменением структуры работающего населения Российской

Федерации. В результате преобразований в экономике страны, модернизации промышленного производства доля лиц, занятых в производственной сфере, сокращается, а занятых в так называемой непроизводственной сфере, наоборот, возрастает. Согласно общероссийской классификации видов экономической деятельности, введенной в действие постановлением Госстандарта РФ от 6 ноября 2001 г. № 454-ст, к ней отнесены: жилищно-коммунальное хозяйство; непроизводственные виды бытового обслуживания населения; здравоохранение; физическая культура и социальное обеспечение; образование; культура и искусство; наука и научное обслуживание; финансы, кредит, страхование, пенсионное обеспечение; управление; общественные объединения. Это обстоятельство служит основанием для распространения системы медицины труда на эту значительную и все более увеличивающуюся часть работающего населения России, однако исследования в данной сфере пока не проводились. Исключением служит лишь работа, выполненная в 2008-2009 гг. Л. Ю. Янкиной. Вместе с тем, эта новая для российского здравоохранения область применения медицины труда уже осваивается в странах Европейского Союза и Северной Америки. В частности, в принятой ВОЗ стратегии по охране здоровья работающих отмечается, что важнейшим направлением является обеспечение полного охвата медико-санитарной помощью всех категорий работающих, в том числе, занятых в непроизводственных секторах экономики, среднем и малом бизнесе. В качестве практической реализации этой стратегии была выдвинута инициатива создания базовой службы по медицине труда, модель которой должна учитывать национальные и местные особенности.

Выше уже был приведен перечень из 6 различных вариантов таких моделей. В России доминирующей формой организации медицинского обеспечения работников непроизводственных секторов экономики является муниципальное лечебно-профилактическое учреждение. Эта традиция берет начало со времен Советского Союза, где специализированные структуры по охране здоровья работающих создавались лишь на промышленных предприятиях. Что же касается остальных категорий работающих, то охрана их здоровья возлагалась на

лечебно-профилактические учреждения общей сети, что в реальности приводило к незначительному их доступу к услугам по медицине труда. В этой связи, неслучайно, что первым этапом приоритетного национального проекта «Здоровье» была предусмотрена диспансеризация именно работников государственных и муниципальных учреждений сферы образования, здравоохранения, культуры, социальной защиты, физической культуры и спорта, научно-исследовательских организаций. Эта мера должна была исправить сложившуюся ситуацию, тем не менее, несмотря на свои масштабы, она все же не обеспечила системного подхода к охране здоровья работников непроизводственной сферы.

В то же время, получившая широкое распространение для медицинского обслуживания промышленных рабочих организационная форма «медико-санитарная часть» в других секторах экономики не имеет широкого распространения. Исследованиями Л. Ю. Янкиной было показано, что и в непроизводственной сфере эта модель может быть достаточно эффективной, тем не менее, в силу того, что содержание медсанчасти является экономически затратным, область её применения, по всей видимости, будет ограниченной.

Что же касается иных моделей организации медицинского обеспечения работающих, то в России опыт их применения отсутствует, и речь может идти о заимствовании его за рубежом.

В силу ограниченности финансовых ресурсов бюджетных организаций, предприятий среднего и малого бизнеса, составляющих большинство в непроизводственной сфере российской экономики, а также отсутствия традиций на сохранение здоровья работающих в бизнес-сообществе, очевидно, что в ближайшие годы трудно рассчитывать на интенсивное развитее медицины труда в непроизводственных отраслях. Решение этой проблемы возможно лишь при условии создания в российском здравоохранении специальной инфраструктуры – национальной системы медицины труда. Её концептуальной основой служат положения Декларации ВОЗ, принятой в г. Алма-Ата в 1978 г., в которых медицина труда рассматривается как первый уровень контакта работника с национальной системой здравоохранения, расположенного в наибольшей близости к месту проживания и работы людей.

В соответствии с этими принципами в Институте медицины труда РАМН применительно к условиям Российской Федерации была разработана структура такой системы. Как видно на рис. 1, центральным её звеном, по-мнению разработчиков, должен стать российский национальный центр медицины труда, функционирующий под управлением Минздравсоцразвития России и РАМН. Основной его задачей должна быть координация и интеграция научной, нормотворческой, научно-практической, организационно-экономической, лечебно-профилактической, экспертной, образовательной и информационной деятельности в стране по проблемам охраны здоровья всех категорий работающего населения.



Рис.1 Проект структуры медицины труда в России

По мнению авторов этого проекта, создание такого национального центра возможно только при условии одновременного реформирования служб медицины труда в практическом здравоохранении. Одной из первых задач в этом направлении является формирование окружных центров медицины труда в федеральных округах, которые должны проводить и координировать государственную политику по охране труда и здоровья работающих; обеспечить подготовку и реализацию мер в рамках межведомственных программ в масштабе федерального округа; вести организационно-методическую работу по выполнению задач по созданию здоровых, безопасных условий труда, профилактики профессиональных и профессионально обусловленных заболеваний; сохранения трудового потенциала.

Следующий уровень – это сеть областных (республиканских) и муниципальных центров медицины труда. Их предлагается создавать, в том числе, и на базе уже существующих центров профпатологии, но при этом дополнить их функции следующими:

– координация совместной деятельности по охране здоровья работающих с муниципальными учреждениями здравоохранения,

центрами Роспотребнадзора, органами соцзащиты, мед- и соцстраха и т.д.;

– координация разработки и реализации программ «Здоровье работающего населения» в хозяйствующих субъектах, осуществление контроля их выполнения;

– участие в проведении социально-гигиенического мониторинга условий труда и здоровья трудоспособного населения и анализ его результатов;

– организация необходимых мер по сохранению здоровья на рабочем

месте, оказанию первой помощи пострадавшим на производстве и т.д.;

– проведение анализа и оценки профессионального риска, разработка

мер по управлению риском совместно с территориальными органами Роспотребнадзора, работодателями и работниками (их представителями);

– оказание консультативной, организационной, методической и практической помощи нижестоящим центрам медицины труда.

И, наконец, главное звено, пока полностью отсутствующее в Российской Федерации – центры медицины труда предприятий крупного, среднего и малого бизнеса с различной организационно-правовой формой и многоканальным финансированием.

По мнению авторов этого проекта, исходя из отечественного и, главным образом, зарубежного опыта, создание таких центров должно осуществляться работодателями самостоятельно или на долевых условиях с учетом общей численности работающих, но не менее чем для обеспечения 3-5 тысяч работающих. Они должны организовываться путем привлечения специалистов в зависимости от особенностей обеспечиваемых производств, включая специалистов в области медицины труда, психологии, эргономики, промышленной токсикологии, эпидемиологии, охраны труда, информатики, организации труда, укрепления здоровья, воспитания здорового образа жизни.

Такие центры должны заниматься не только лечебно-профилактической помощью, но также осуществлять:

– формирование и реализацию программы «Здоровье работающего населения»;

– проведение социально-гигиенического мониторинга на предприятиях;

– обеспечение охраны труда и техники безопасности, сохранение здоровья работающих, включая вопросы аттестации рабочих мест по условиям труда;

– проведение контроля за соблюдением нормативных требований к вредным и опасным факторам производственной среды, выполнением мер по оптимизации трудового процесса;

– проведение оздоровительных мероприятий для работников, особенно занятых в условиях высокого профессионального риска;

– выполнение мер по формированию здорового социально-психологического микроклимата в производственных коллективах, проведение психоэмоциональной разгрузки;

– проведение анализа и оценки коллективного и индивидуального профессионального риска для здоровья работника;

– обеспечение организации и проведения профессиональной ориентации, профотбора, предварительных и периодических медицинских осмотров;

– обеспечение работающих, особенно во вредных условиях труда, рациональным питанием;

– создание рабочих мест для использования остаточной трудоспособности пострадавших на производстве.

Для предприятий среднего и малого бизнеса целесообразно создавать территориальные (муниципальные, межрайонные) структуры, которые могли бы осуществлять медицинское обслуживание работников нескольких предприятий на основе договорных отношений.

Очевидно, что реализация проекта национальной системы медицины труда позволит коренным образом изменить положение в области охраны здоровья работников предприятий и организаций непроизводственной сферы экономики в Российской Федерации.

Вместе с тем, для реализации разработанной специалистами НИИ медицины труда РАМН концептуальной модели медицинского обеспечения работающего населения Российской Федерации, требуется выполнение ряда условий. Во-первых, необходимо совершенствование действующего законодательства по охране здоровья работающего населения, где, помимо возложения ответственности на руководство предприятий и учреждений за организацию медицинского обеспечения персонала, должны быть предусмотрены экономические стимулы для активизации этой работы. Во-вторых, государство должно играть ведущую роль в создании вышеназванных центров медицины труда. Как показала практика

последнего десятилетия, расчет на то, что система медицинского обслуживания работников промышленных предприятий может быть воссоздана только за счет усилий бизнеса, оказался неверным. Несомненно, что в ещё большей степени участие государства потребуется при распространении принципов медицины труда на непроизводственную сферу экономики. В-третьих, Министерством здравоохранения и социального развития России должны быть разработаны базовые организационные формы таких центров.

Наиболее приемлемой на настоящем этапе развития российского государства организационной формой является отделение медицины труда в структуре муниципальной поликлиники, финансирование которого может осуществляться за счет средств работодателей, бюджета муниципального образования и средств ОМС. Определенный опыт в создании их имеется в Татарстане. В г. Казани в ряде поликлиник созданы отделения, обеспечивающие оказание медицинской помощи работающему населению. Вместе с тем, в настоящее время они ориентированы преимущественно на медицинское обеспечение работников промышленных предприятий, не располагающих собственными лечебно-профилактическими учреждениями, а деятельность их сводится к организации и проведению периодических медицинских осмотров.

Достаточно широко может быть использована такая модель как медсанчасть, финансируемая за счет нескольких организаций, с или без участия государства. Подобная форма развивается в ряде стран СНГ, например, в Азербайджане. Для малых муниципальных образований для медицинского обеспечения работающих эффективной может быть такая организационная модель как групповая общеврачебная практика, имеющая в своем составе специалистов, прошедших подготовку по медицине труда. В перспективе, при развитии в России частных медицинских организаций, они также могут быть включены в систему медицинского обеспечения работников непроизводственной сферы.

Создание в перспективе в системе российского здравоохранения службы по медицинскому обеспечению всех категорий работающих позволит сократить смертность, инвалидность и заболеваемость трудоспособной части населения, повысить качество трудовых

ресурсов и, тем самым, увеличить производительность труда, конкурентоспособность национальной экономики и обеспечить рост благосостояния россиян.