

УДК 331.586:614.23:613.6 (470.57)

**ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ ОБСЛУЖИВАНИЯ РАБОТАЮЩИХ
И ПОДГОТОВКА ВРАЧЕЙ ПО МЕДИЦИНЕ ТРУДА В РЕСПУБЛИКЕ**

БАШКОРТОСТАН ЗА ПЕРИОД С 2011 ПО 2016 г.г.

Максимов Г.Г.¹, Бакиров А.Б.², Гимранова Г.Г.², Азнабаева Ю.Г.¹

1-ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Уфа, Россия

2-ФБУН «Уфимский НИИ медицины труда и экологии человека», Уфа, Россия

Цель работы заключалась в сравнительном анализе разных этапов в системе медико-санитарного обслуживания работающих во вредных условиях труда за последние четверть века и определении уровня и соответствия потребностям Республики Башкортостан в подготовке специалистов по медицине труда.

Ключевые слова: медицина труда, медицинские осмотры, подготовка кадров

**WAYS OF IMPROVING THE SYSTEM OF SERVICE OF WORKERS AND TRAINING
OF DOCTORS FOR OCCUPATIONAL MEDICINE IN THE REPUBLIC OF
BASHKORTOSTAN BETWEEN 2011 AND 2016.**

Maksimov, G.G.¹, Bakirov A. B.², Gimranova G.G.², Yu. G. Aznabaeva¹

1- Bashkirian State Medical University, Ufa, Russia

2- Ufa Institute of Occupational Health and Human Ecology, Ufa, Russia

The aim of this work was comparative analysis of the different stages in the system of health services for workers working in hazardous working conditions during the past quarter of the century and the determination of the level and compliance of the Republic of Bashkortostan needs in the training of specialists in occupational medicine.

Key words: occupational medicine, medical examinations, training

Внедрение новых научных разработок и технологий в практику здравоохранения существенно обогатило и повысило уровень оказания специализированной медицинской помощи населению. И в этом, несомненно, большая роль принадлежит реализуемой программе оптимизации в системе здравоохранения. Но это видимая часть айсберга. А невидимая часть айсберга, но ощущаемая всеми в реальной жизни, - это разрушение традиционной, хорошо отлаженной системы обслуживания сельского и работающего населения.

Система медико-санитарного обслуживания работающих во вредных условиях труда за последние четверть века претерпела большие изменения. Если сопоставить в сравнительном плане практику реального обслуживания работающих и нормативно-правовое обеспечение этого процесса, то следует выделить два этапа. До начала девяностых годов двадцатого века в практическом здравоохранении существовала хорошо отлаженная система медико-санитарного обслуживания работающих. Санитарно-эпидемиологическая служба в лице врачей по гигиене труда строго контролировала в динамике условия труда работающих на закрепленных за ними промышленных объектах, а врачи клиницисты в составе медико-санитарных частей

(МСЧ) на постоянной основе следили за состоянием здоровья работающих. Важно, что один и тот же состав медицинского персонала обслуживал в динамике постоянный коллектив работающих. Решение проблемных вопросов обсуждалось на заседаниях, так называемых, инженерно-врачебных бригад. Это было прообразом зарождения нового научного и научно-практического направления в практическом здравоохранении - медицины труда. Опытная модель в течение нескольких лет отработывалась на примере гиганта автомобильной промышленности - ВАЗ в г. Тольятти. Это была реальная комплексная модель профилактического направления в медицине, о которой мечтали корифеи отечественной медицины Н.И. Пирогов и др. Положительный опыт медико-санитарного обслуживания рабочих промышленных предприятий был накоплен и в Республике Башкирностан. В частности МСЧ ГБ №13 г. Уфы имела статус «школы передового опыта», в которую по обмену опытом приезжали врачи МСЧ со всего Советского Союза. Одним

из недостатков этой системы было отсутствие официального признания профессионального статуса: в перечне врачебных специальностей

«профпатологии», в перечне врачебных должностей - «врача профпатолога», а в перечне заболеваний - «профессионального».

Однако следует отметить, что отсутствие юридического статуса соответствующих терминов существенно не влияло на эффективное функционирование самой системы. С переходом к рыночной экономике система обслуживания работающих во вредных условиях труда существенно изменилась (второй этап). МЗ РФ в 1993 году приказом № 130 впервые в перечень врачебных специальностей и должностей ввел специальность «профпатология» и должность «врач профпатолог». В этом документе детально было расписано кадровое и материально-техническое обеспечение всех звеньев медико-санитарного обслуживания работающих (МСОР). Официальное признание профессионального статуса было одобрено медицинской общественностью. Однако на практике хорошо отлаженная система обслуживания рабочих промышленных предприятий стала постепенно разрушаться на фоне продолжающегося совершенствования нормативно-правового обеспечения (приказы МЗ и СР РФ «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при острых и хронических профессиональных заболеваниях» от 23 марта 2011г. №233н и от 13 ноября 2012г. №911н).

В настоящее время прежняя система МСОР ликвидирована во многих регионах страны, включая и Республику Башкортостан. Новация новой стратегии комплексного медицинского обслуживания работающих, изложенной в приказе МЗ и СР РФ № 911 н, до сих пор в реальную практику здравоохранения не внедрена и медицинское обслуживание работающих, вместо непрерывной, реализуется на периодической основе - только при проведении предварительных и периодических медицинских осмотров.

Конкуренция, как символ рыночных отношений, приводит к частой смене медицинских организаций, проводящих периодические медицинские осмотры. В этих условиях, независимо от единого стандарта проведения ПМО, качество проведения медицинских осмотров остается на низком уровне - 52-54 %. Такая ситуация за последние годы характерна как в России, так и в Республике Башкортостан. При этом врачи, проводящие медицинские осмотры, в сложившейся ситуации в большинстве своем, к сожалению, вынуждены себя считать временщиками, а работающих - как источник дополнительного дохода от основной деятельности.

На современном этапе развития и состояния медико-санитарного обслуживания работающих представляется целесообразным выделить основные позиции, влияющие на качество его реализации:

1. Медицинские приоритеты постепенно подменяются экономической целесообразностью, что противоречит основополагающему принципу профилактического обслуживания работающих. Если в XX веке медосмотрам подлежали все контактирующие с вредными факторами, независимо от их уровня и длительности воздействия, то на данном этапе - только работающие во вредных условиях труда (класс 3.1 и выше). Закономерно возникает вопрос о судьбе лиц с повышенной индивидуальной чувствительностью, работающих в условиях класса 2.0, сохранение здоровья которым гигиенические регламенты не гарантируют даже при изолированном воздействии каждого отдельного вредного фактора: «Гигиенические нормативы условий труда (ПДК, ПДУ) - уровни вредных факторов рабочей среды, которые при ежедневной (кроме выходных дней) работе в течение 8 ч, но не более 40 ч в неделю, в течение всего рабочего стажа не должны вызывать заболеваний или отклонений в состоянии здоровья, обнаруживаемых современными методами исследований, в процесс работы или в отдаленные сроки жизни настоящего и последующих поколений. Соблюдение гигиенических нормативов не исключает нарушение состояния здоровья у лиц с повышенной чувствительностью». При этом следует заметить, что методов выявления лиц с повышенной индивидуальной чувствительностью к вредным факторам, особенно на стадии предварительных медицинских осмотров, за редким исключением, практически не существует. В реальной обстановке работающие подвергаются комплексному, комбинированному и сочетанному действию различных вредных факторов, что естественно, повышает риск развития производственно обусловленных и профессиональных заболеваний. Это означает, что мы сознательно исключаем возможность сохранения здоровья работающим в условиях допустимого класса 2.0, на долю которых приходится более 75 % от всех трудоспособных граждан, работающих в контакте с вредными факторами (1,2,4).

2. Санитарная служба фактически отстранена от постоянного курирования промышленных объектов. Она только периодически исполняет инспекторские функции. Работодатель сам обеспечивает контроль за условиями труда на своем объекте. Но для этого работодатель, вопреки экономической заинтересованности, должен обладать высочайшим уровнем понимания ответственности за состояние здоровья и бережным отношением к трудовому потенциалу страны, что, к сожалению, не всегда имеет место.

3. В процедуре правового обеспечения организации и проведения предварительных и периодических медосмотров работающих не соблюдается «принцип преемственности и последовательности», а в самих документах допускаются неточности, противоречия и т.п. Работающим в этой области практическим врачам они хорошо известны. Достаточно упомянуть действующий приказ МЗ и СР РФ от 12.04.2011 № 302н, не лишенный упомянутых недостатков, и его нестыковку с Постановлением Правительства РФ от 29 декабря 2014 г. № 1604 «О перечнях медицинских противопоказаний, медицинских показаний и медицинских ограничений к управлению транспортным средством». Следует также обратить внимание и на противоречие п. 14 («Центр профессиональной патологии на основании клинических данных состояния здоровья работника и представленных документов устанавливает заключительный диагноз - хроническое профессиональное заболевание...») и п.30 («Акт о случае профессионального заболевания является документом,

устанавливающим профессиональный характер заболевания у работника на данном производстве» - составляется комиссией работодателя) в Постановлении Правительства РФ № 967 от 15.12.2000 г. «Об утверждении положения о расследовании и учёте профессиональных заболеваний». Естественно, что все это вносит определенные трудности, как при проведении врачами медицинских осмотров, так и при подготовке соответствующих кадров.

За последние пять лет курсом гигиены труда и профессиональных болезней института дополнительного профессионального образования Башкирского государственного медицинского университета подготовлены для Республики Башкортостан 1764 специалист в области медицины труда (профессиональная переподготовка и повышение квалификации), в том числе врачей клинического профиля 1723 (табл.1), врачей по гигиене труда - 41 (2016 - 3; 2015 - 7; 2014 - 3; 2013 - 11; 2012 - 10; 2011 - 7). Профессиональная переподготовка в объеме 576 и 504 часа и повышение квалификации врачей в объеме 288 и 144 часа проводились по очной программе, а повышение квалификации врачей узких специальностей в объеме 72 часа проводилось по очной программе с применением дистанционных технологий.

Таблица 1.

Профессиональная переподготовка и повышение квалификации врачей по специальности «профпатология» на бюджетной и хозрасчетной основе.

Годы	Вид обучения					Всего	В т.ч. из сельской местности
	ПП ¹		ПК ²				
	576ч	504ч	288 ч	144 ч	72ч		
2016	11	7	26	23	307	374	71
2015	19	-	35	-	237	291	68
2014	25	-	28	-	189	242	76
2013	20	-	49	-	226	295	26
2012	26	-	45	-	428	499	120
2011	27	-	31	-	338	396	98
Итого	128	7	214	23	1725	2097	459

Примечание: ПП¹— профессиональная переподготовка терапевтов и врачей общей практики по специальности «профпатология»; ПК² ⁽²²⁸⁾ —повышение квалификации профпатологов, терапевтов и врачей общей практики в объеме 288 часов; ПК² ⁽⁷²⁾- повышение квалификации врачей узких специальностей, участвующих в проведении предварительных и периодических медицинских осмотров, по специальности «профпатология» в объеме 72 часа.

В таблице 2 представлены сведения о подготовке врачей по специальности «профпатология» по городам и сельской местности РБ, что примерно соответствует распределению трудоспособного городского и сельского населения Республики. При этом следует отметить, что большинство врачей, имеющих сертификат по специальности «профпатология», в реальной практике не используют в полной мере

полученные навыки и компетенции по причине отсутствия ежедневной практики. Согласно результатам анкетирования, проведенного в 2013 году, только 5% врачей в городах РБ, подготовленных по специальности «профпатология», непосредственно занимались обслуживанием работающих. Основная доля врачей профпатологов была занята проведением предварительных и периодических медицинских осмотров.

Таблица 2.

Подготовка врачей по специальности «профпатология» в Республике Башкортостан.

Годы	Вид обучения								
	ПП			ПК-288, 144			ПК-72		
	Уфа	Города РБ	Районы РБ	Уфа	Города РБ	Районы РБ	Уфа	Города РБ	Районы РБ
2016	10	3	5	32	11	6	130	117	60
2015	13	3	3	24	6	5	108	69	60
2014	18	2	5	16	5	7	77	48	64
2013	10	6	4	28	16	5	141	68	17
2012	18	6	2	27	6	12	127	195	106
2011	15	8	4	23	4	4	108	140	90
Итого	84	28	23	150	48	39	691	637	397

Список литературы:

1. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2013 году: Государственный доклад.-М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2014. - 191 с.
2. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Республике Башкортостан в 2013 году»: - Уфа: Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Республике Башкортостан, Федеральное бюджетное учреждение здравоохранения «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Башкортостан», 2014.-249 с.
3. Руководство по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда. Руководство Р2.2.2006-05.