

М. А. Креймер

ПРОБЛЕМЫ ПРИНЯТИЯ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА

ГУ "Новосибирский НИИ гигиены МЗ РФ", Новосибирск

Социально-гигиенический мониторинг (СГМ) выступает интегратором фундаментальных знаний о здоровье человека и причинах его ухудшения в новые социально-экономические отношения в обществе.

К настоящему времени в Российской Федерации приняты 220 систем мониторингов, реестров, списков опасных веществ, профессий, нуждающихся в медико-психологической корректировке. С 1957 г. имеются 467 методик по оценке среды обитания, нарушения состояния здоровья, установлению между ними причинно-следственных закономерностей. Более чем за 100 лет предложены 200 определений понятия "болезнь", 79 определений понятия "здоровье". Наиболее полная характеристика человека включает 5 тыс. компонентов (черт, свойств, признаков). За 70 лет число показателей Международной классификации болезней во второй рубрике увеличилось в 8 раз, в третьей – в 9 раз, что свидетельствует о классификационной неопределенности диагнозов. На предприятиях города используется не менее 1000 наименований ингредиентов, статистический отчет ведется по 100, контролируется загрязнение атмосферы по 10 ингредиентам.

Однако главной методологической проблемой является то, что здоровье не рассматривается как фактор стратификации общества [1]. Поэтому социально-экономические преобразования идут без учета гигиенических положений, за исключением мероприятий по профилактике массовых инфекционных заболеваний. По нашему мнению, это положение ухудшит введение "технического регулирования".

С социально-экономических позиций, здоровье есть ежедневно повторяющееся расходование жизненных сил в процессе труда и последующее их восстановление. Загрязнение окружающей среды лишь усугубляет эти два процесса. Поэтому в СГМ определяющими параметрами должны быть не внешние экологические причины, а социальные. В переходное экономическое время стираются биологические пределы допустимого расходования здоровья, ниже которых лежат необратимые патологические процессы. Сокращаются адекватные возможности восстановления здоровья гражданином после трудового дня. Оптимальное сочетание этих процессов необходимо для обеспечения генетически обусловленной продолжительности жизни и наследования здорового поколения. Отсутствие приведенных выше гигиенических критериев приводит к дополнительным расходам общества на лечение и социальные пособия за счет ожидаемой прибыли.

Эффективная модель СГМ должна строиться на складывающемся в Российской Федерации разграничении межбюджетных отношений [3]. На уровне субъектов РФ при разработке и реализации социально-экономических программ осуществляется расходование способности человека к труду, а восстановление здоровья осуществляется на территории населенного пункта в соответствии с социально-бытовыми стандартами. К сожалению, эта социально-трудовая сфера общества лишена гигиенического сопровождения. Современное законодательство строится без учета фундаментальных понятий гигиены. Скорее всего, это происходит из-за смещения понятийных основ в сторону "экологии человека". Перечень показателей СГМ должен соответствовать гигиеническим критериям, обеспечивающим регулирование расходования и восстановления здоровья, и в то же время иметь реализацию в системе бюджетной классификации.

Для этого бюджетная классификация соответствующих уровней управления должна быть дополнена мероприятиями, получающими обоснование по результатам ведения СГМ.


В бюджетной классификации на уровне Российской Федерации должно быть предусмотрено финансирование следующих видов работ: государственное санитарно-эпидемиологическое нормирование; государственный санитарно-эпидемиологический надзор; управление санитарно-эпидемиологическим благополучием (СЭБ) в стране; предплановый анализ санитарно-эпидемиологической обстановки в стране; разработка прогноза состояния здоровья и среды обитания населения РФ [2].

В бюджетной классификации на уровне администрации области (края, республики) должно быть предусмотрено финансирование следующих видов работ: государственный санитарно-эпидемиологический надзор по программе субъекта Федерации; управление СЭБ в области (крае) по схеме субъекта Федерации; предплановый анализ санитарно-эпидемиологической обстановки в области (крае); разработка прогноза состояния здоровья и среды обитания населения области (края); управление интенсивностью трудовых процессов в субъекте Федерации для определения величин налога и платежей за услуги, санитарно-гигиенической экспертизы потребительской корзины, прожиточного минимума, соблюдения социальных кодексов; профилактика чрезвычайных ситуаций в субъекте Федерации [7].

В бюджетной классификации администрации муниципального образования должно быть предусмотрено финансирование следующих видов работ: государственный санитарно-эпидемиологический надзор по программе местного самоуправления; управление СЭБ по схеме местного самоуправления; предплановый анализ санитарно-эпидемиологической обстановки в населенном пункте; ведение городского регистра ПОХБВ; мониторинг здоровья и заболеваемости населения в соответствии с витальным циклом; мониторинг факторов в соответствии с системой санитарно-эпидемиологических требований; ведение санитарного кадастра города [6].

К сожалению, современное законодательство о местном самоуправлении и управлении в субъектах Федерации предусматривает

только финансирование мероприятий по охране окружающей среды и расходы на здравоохранение. Положения гигиены, обеспечивающие процесс оптимизации расходования способности к труду и восстановления здоровья, не являются экономическими категориями. Это обусловлено тем, что в России природа и здоровье человека остаются единственными источниками богатства государства.

Вторая методологическая проблема СГМ. Необходимо учитывать, что в РФ поселения неодинаковы с точки зрения наличия источников загрязнения, возможности оказания медицинской помощи и мониторинга этих ситуаций [5]. Поэтому для ведения федерального информационного фонда и последующего анализа причинно- следственных закономерностей необходимо иметь 6 баз данных. Мы предлагаем следующую классификацию по- (68  69) -селений, учитывающую преимущественные способы расходования здоровья в процессе труда и возможности для его восстановления с учетом источников загрязнения окружающей среды:

1. На территории РФ имеется около 100 тыс. деревень и сел с численностью населения до 5 тыс. человек. Источниками загрязнения окружающей среды являются машинно-тракторные стоянки и скотные дворы, котельные, печное отопление жилья. Приоритетным фактором влияния на здоровье является децентрализованное водоснабжение населения. Медицинская помощь оказывается преимущественно в фельдшерско- акушерских пунктах.

2. Первым муниципальным образованием являются сельские административные образования с численностью населения от 5 до 10 тыс. человек. По переписи 2002 г., 24 409 таких поселений имеют перерабатывающие предприятия, сельхозхимию, автотранспортные хозяйства. Медицинскую помощь оказывают в участковых больницах и врачебных амбулаториях. Социальная инфраструктура отсутствует. Источником негативного влияния на здоровье является преимущественно водоснабжение, частично атмосферный воздух.

3. В РФ сохраняются 1864 районных административных поселения с численностью населения от 5 до 50 тыс. человек. Источниками загрязнения среды обитания являются промышленные предприятия, производственная инфраструктура. Медицинскую помощь оказывают в центральных районных больницах. Имеется слабая социальная инфраструктура. Источниками негативного влияния на здоровье здесь также являются водный фактор и атмосферный воздух.

4. Наибольшее число медицинских и демографических проблем следует ожидать от 1000 городов областного (краевого) значения. Численность населения в "рабочих поселках" порядка 50 – 300 тыс. человек. Практически все они имеют поликлиники и специализированные больницы по числу районов города. В то же время это высокоурбанизированные поселения с развитой промышленностью, но недостаточной социальной инфраструктурой. На их территориях наибольшие выбросы вредных веществ в атмосферу, а для некоторых характерно недостаточное обеспечение питьевой водой.

5. Среди всех поселений наименьшие проблемные ситуации следует ожидать в 89 административных центрах субъектов Федерации с численностью населения от 50 тыс. до 1 млн человек и более. Это связано с тем, что здесь лучше развита социальная инфраструктура, включая медицинское и профилактическое звено. Имеются областные (краевые) клинические больницы, учебные и научные медицинские институты. С другой стороны, здесь эффективнее надзор за выбросами вредных веществ в окружающую среду. Поэтому проблемные ситуации создают выбросы автотранспорта и теплоэлектростанций.

6. На территории РФ имеются 38 закрытых административно-территориальных образований со средней численностью до 100 тыс. человек. Для этих поселений характерно высокое социальное обеспечение и медицинское обслуживание. Санитарно-гигиенические проблемы создаются

от действия единичного фактора физической, химической или биологической природы.

Типизация объектов исследования СГМ важна для минимизации историко-природной неоднородности поселений РФ. С другой стороны, несмотря на равный юридический статус, поселения имеют неодинаковые возможности финансирования мероприятий по созданию благоприятной среды обитания. Поэтому в системе санитарно-эпидемиологических требований (СЭТ) необходимо дифференцировать санитарные правила и нормы по 6 группам поселений. К сожалению, это важное положение закона "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" не получило научно-практического развития. Конкретизация требований к созданию благоприятной среды обитания человека на территории поселения облегчит работу администрации в принятии правильных санитарно-гигиенических решений и обеспечит эффективный санитарно-эпидемиологический надзор. Дифференцированный перечень СЭТ должен быть основой показателей СГМ.

Необходимо указать на отсутствие пространственно- временной сопряженности используемой в настоящее время информации СГМ, собираемой из различных ведомств [4, 8]. Эта важная методологическая проблема проиллюстрирована в виде таблицы. Основная градостроительная классификация поселений не учитывается в правилах контроля за качеством воздуха населенных пунктов и организации структуры деятельности центров Госсанэпиднадзора. В совокупности они не отражают фактическое распределение поселений (по данным переписи населения РФ 2002 г.). Очевидно, необходимо прийти к общему пониманию, что поселение – это в первую очередь территориальное образование по гигиеническим критериям и только лишь во вторую очередь градостроительное и экономическое образование. Внутри поселения экологическая среда полностью видоизменяется и регулируется гигиеническими нормативами. Глубина этих

изменений пропорциональна социально-экономическим задачам в общественном разделении труда.

Только в таком понимании возможна разработка эффективных санитарно-гигиенических рекомендаций по планировке однотипных поселений и их застройке объектами по охране и восстановлению здоровья. Рассмотренные подходы к решению методологических проблем СГМ ставят его в подчинение существующим способам принятия управленческих решений, принятым на всех уровнях, но адаптированных к фундаментальным понятиям гигиены.

Градостроительный кодекс РФ 7.05.1998 г., № 73 - ФЗ		ГОСТ 17.2.3.01 - 86		Количество поселений по переписи 2002 г.	Классификация Госсанэпиднадзора
Тип поселения	Численность населения, человек	Число постов контроля атмосферы			
сверхкрупные города	свыше 3 млн.	более 1 млн.	10 - 20	2	более 200 тыс. человек Отдел СГМ изучение здоровья
крупнейшие города	от 1 млн. до 3 млн.			11	
крупные города	от 250 тыс. до 1 млн.	более 500 тыс.	5 - 10	20	
		200 - 500 тыс.	3 - 5	42	
большие города	от 100 тыс. до 250 тыс.	100 - 200 тыс.	2 - 3	?	до 200 тыс. человек
средние города	от 50 тыс. до 100 тыс.	до 100 тыс.	2	?	СГМ
малые города	до 50 тыс.	до 50 тыс.	1	?	до 60 тыс. человек
крупные сельские поселения	свыше 5000		1	155 тыс.	отделение Госсанэпиднадзора лабораторного контроля
большие сельские поселения	от 1000 до 5000		1		
средние сельские поселения	от 200 до 1000		1		
малые сельские поселения	менее 200		1		

(69  70)

Литература

1. Бабенко А. И., Креймер М. А., Бернштейн М. С. // Бюл. Сиб. отд. РАМН. – 1999. – № 3-4. – С. 123–125.
2. Креймер М. А. // Материалы VIII Всероссийского съезда гигиенистов и санитарных врачей: Сборник научных трудов / Под ред. А. И. Потапова. – М., 1996. – Т. 1. – С. 146–148.
3. Креймер М. А. // Здоровье населения и среда обитания. – 2000. – № 4. – С. 15–19.
4. Креймер М. А. // Гигиеническая наука и практика на рубеже XXI века: Материалы IX Всероссийского съезда гигиенистов и санитарных врачей / Под ред. А. И. Потапова, Г. Г. Онищенко. – М., 2001. – С. 479–482.
5. Креймер М. А. // Влияние загрязнения окружающей среды на здоровье человека: Материалы 1-й Всероссийской научной конференции с международным участием (9–11 декабря 2002 г., Новосибирск). – Новосибирск, 2002. – С. 15–16.
6. Креймер М. А. // Материалы науч-практ. конференции, посвящ. 80-летию государственной санитарно-эпидемиологической службы РФ. – Новосибирск, 2002. – С. 13–17.
7. Креймер М. А. // Материалы межрегиональной конференции по социально-гигиеническому мониторингу (13–14 марта 2002 г.). – Омск, 2002. – С. 66–70.
8. Креймер М. А. // Материалы межрегиональной конференции по социально-гигиеническому мониторингу (13–14 марта 2002 г.). – Омск, 2002. – С. 70–76.

Поступила 20.04.2004

Опубликовано:

Креймер М. А. Проблемы принятия управленческих решений при реализации социально-гигиенического мониторинга // Гигиена и санитария. – 2005. – № 4. – С. 68 – 70.