

10. Mindell H.J., Ring A./ Radiology. 1979. V.133. P.699-701.

11. Toskes P.P./Gastroenterology. 1988. V.95. P.1144-1145.

УДК 614.39.001.57

Ю.Е.Рудаков

ОЦЕНКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЦЕНТРОВ ГОССАНЭПИДНАДЗОРА ИСХОДЯ ИЗ ВЫПОЛНЕНИЯ ФУНКЦИЙ

Областной центр госсанэпиднадзора в Свердловской области, г.Екатеринбург

Существующие в настоящее время как и прежние официальные учетно-отчетные формы в санитарно-эпидемиологической службе не дают возможности объективно оценить итоги работы центров госсанэпиднадзора (ЦГСЭН).

Применительно к сложившимся условиям нами создана новая система организации работы в виде модели [1,2,6] управления санитарно-эпидемиологической службой области, в которой одним из основных показателей оценки деятельности в ЦГСЭН является выполнение функций [3, 4, 5].

При этом нашей задачей являлась не просто оценка выполнения самих функций, но также определение экономического выражения функций в рублях, чтобы включить экономические стимулы в деятельность центров: выполняют ЦГСЭН функции в полном объеме - получают в сложившихся условиях полное финансирование, не выполняют определенные функции - не получают в соответствии с удельным весом финансирования.

В предложенной статье рассматривается опыт специалистов областного центра госсанэпиднадзора по практическому внедрению созданной нами методики оценки деятельности центров госсанэпиднадзора по итогам работы за 1996 г.

Исходя из материально-технической базы, уровня организации работы, численности населения на территории, городские и районные ЦГСЭН разделены на четыре уровня: I, II, III, IV (облЦГСЭН). Определены основные функции, которые должны выполнять ЦГСЭН области, всего их 327, в том числе для I уровня 98, II уровня 113, III уровня 116. Чем выше уровень центра, тем большее количество функций он должен выполнять.

При анализе работы каждого ЦГСЭН по итогам года функции разделены на приоритетные и второстепенные. Каждое структурное подразделение облЦГСЭН определяло количество невыполненных функций по своему направлению. Затем просчитывалось общее количество и определялся процент невыполненных функций по приоритетным и второстепенным отдельно.

Для оценки стоимости одной функции к приоритетным был применен коэффициент 1,2, а к второстепенным 1. Подсчитывалось количество функций с учетом коэффициентов.

На основе полученных данных, а также суммы годового финансирования рассчитывалась средняя стоимость функции. Исходя из средней стоимости функции и процента невыполненных функций, рассчитывалась сумма средств, которые приходятся на невыполненные функции.

В связи с тем, что условия финансирования в 1997 г. не отличаются от условий 1996г., после обсуждения на совещании у главного врача облЦГСЭН было принято решение о снятии средств из финансового плана горрайЦГСЭН 1997 г. Итоги работы по выполнению функций представлены в таблице.

Как видно из представленной таблицы, хуже всего функции выполняются в ЦГСЭН I уровня. Причем, если в ЦГСЭН Слободотуринского района не выполнено 6,1% функций, то в ЦГСЭН Ачитского, Ново-Лялинского районов - 32 и 26,8% соответственно. Наиболее высокий процент функций в ЦГСЭН III уровня, а таких, как ЦГСЭН г.В-Пышма, функции выполняются полностью.

Итоги выполнения функций горрайЦГСЭН области в 1996 г.

Уровни ЦГСЭН	Количество оцениваемых функций	Невыполненные функции %		Снято средств с финансового плана
		приоритетные	второстепенные	
I	88	18,3	18,1	2,8
II	99	7,3	21,3	2,1
III	118	4,5	4,1	0,8

Выводы

1. Предложенная методика позволяет наиболее объективно оценить деятельность горрайЦГСЭН, исходя из объема выполняемых функций. 2. Экономический расчет выполнения функций показывает специалистам, какую отдачу получает государство от деятельности центров, и служит мерой воспитания коллективов. 3. Анализ выполнения функций позволяет целенаправленно повышать качество работы по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения. 4. В масштабах службы области работа по анализу выполнения функций подтверждает нецелесообразность содержания ЦГСЭН I уровня в целом ряде районов, служит базой для изменения структуры службы области. 5. Предложенная методика страдает определенной степенью условности и требует доработки, что и будет сделано в ходе дальнейшей работы над моделью управления службой области.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Афанасьев В.Г. Научное управление обществом (Опыт системного исследования). М.: Политиздат, 1984. 384 с.

2. Афанасьев В.Г. Общество: системность, познание и управление. М.: Политиздат, 1981. 432 с. 3. Лучина К.И., Емельянов П.И., Тер-Карапетян А.З., Хромченко О.М., Чернаенко Т.Д. Организация санитарно-эпидемиологической службы. М.: Медицина, 1977. 231 с.

4. Никонов Б.И., Рудаков Ю.Е., Гурвич В.Б., Ананина Л.Г. Новые подходы к оценке деятельности учреждений санэпидслужбы Свердловской области: Тез. докл. годичной научной сессии "Актуальные вопросы медицины". Екатеринбург: изд. УГМА. 1996 г.

5. Хромченко О.М., Кученко Г.И. Санитарно-эпидемиологическая служба. М.: Медицина, 1990. 272 с.

6. Штофф В.А. Моделирование и философия. М. Л.: Наука, 1996. 301 с.

УДК 613.6.633.001.6

А.В. Яруши

ОБ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ПРОЖИВАЮЩЕГО В ЗОНЕ РАЗМЕЩЕНИЯ НИКЕЛЕВЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ

ЦНИЛ, УГМА

Изучалась онкологическая смертность населения городов, имеющих металлургические предприятия по выплавке никеля - г.г.Реж, Верхний Уфалей, Карабаш Свердловской области и Никель Мурманской области. В качестве контрольных были взяты города соответствующих регионов, не имеющие предприя-

тий цветной металлургии - для группы уральских городов (Реж, В.Уфалей, Карабаш) - г.Красноуфимск, для Никеля - г.Полярный.

Источник сведений о смертности - свидетельства о смертности (архивные данные). Смертность населения изучалась за 20-25 лет и рассчитывалась в среднем за указанный период на 100 тыс. населения. Общие уровни смертности (Таблица) самые высокие в г.Карабаше, затем в г.Уфалее и г.Реже. Уровни смертности мужчин выше, чем женщин. В структуре причин смертности населения всех указанных городов на первом месте рак органов желудочно-кишечного тракта - от 40 до 56% от всех форм онкологических заболеваний. В структуре этой группы на первом месте находится рак желудка, который составляет у мужчин от 51 до 68%, а у женщин выше - от 59 до 76,8%. Второе место занимают "прочие болезни органов пищеварения", в число которых входят рак пищевода, рак прямой кишки, тонкого кишечника и пр. На третьем и четвертом месте - смертность от рака печени и поджелудочной железы.

В отличие от рака легких рак органов желудочно-кишечного тракта может поражать и очень молодое население. В изучаемых городах он встречается у молодых людей в возрасте до 20 лет (г.г.Карабаш, В.Уфалей, Реж). После 20 и к 30 годам можно уже говорить о закономерностях развития и роста случаев рака. Отмечается увеличение частоты встречаемости рака органов пищеварения с возрастом. Однако наибольшее значение имеет уровень смертности в активном, трудоспособном возрасте.

Значительный удельный вес составляет рак органов дыхания, особенно у мужчин - от 24,9% (г.Реж) до 39,8% (г.Карабаш). У женщин - меньше в 3-5 раз. (Высокий удельный вес злокачественных новообразований мочеполовой системы у женщин отмечается во всех изучаемых городах. Особенно высок он в г.В.Уфалее (28%). Относительно высок удельный вес опухолевых заболеваний системы крови и лимфы у населения г.Никель (9,3-10,7%).

При анализе уровней смертности отмечается их увеличение с возрастом, а самые высокие уровни - в возрастной группе 60 лет и старше. Рак органов дыхания начинает выявляться к 30, 40 годам, у мужчин чаще, чем у женщин. Самые высокие уровни - у населения г.Карабаша, причем в возрасте старше 50 лет более чем в 5 раз выше, чем в 40-49, а в 60 и старше в 2 раза выше, чем в 50 лет. У женщин та же динамика роста случаев рака с возрастом, но уровни на порядки ниже, чем у мужчин. Второе место по уровням смертности занимает население города г.Никель, хотя показатели гораздо ниже, чем в г.Карабаше. На третьем месте - г.В.Уфалей, а затем г.Реж. Закономерности изменения уровней смертности по возрасту и полу населения те же самые.