

**СУТЫРИНА**  
**Оксана Михайловна**

**СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЗАБОЛЕ-  
ВАЕМОСТИ, ОБРАЗА ЖИЗНИ И УСЛОВИЙ ТРУДА МЕДИЦИН-  
СКИХ РАБОТНИКОВ КРУПНОЙ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬ-  
НИЦЫ**

14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение

Автореферат  
диссертации на соискание учёной степени  
кандидата медицинских наук

Москва – 2011

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Нижегородская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения и социального развития РФ».

**Научный руководитель:**

доктор медицинских наук, профессор

Камаев Игорь Александрович

**Официальные оппоненты:**

доктор медицинских наук

Шляфер София Исааковна

Заслуженный деятель науки РФ

доктор медицинских наук, профессор

Альбицкий Валерий Юрьевич

**Ведущая организация:** ГОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова Минздравсоцразвития РФ»

Защита диссертации состоится 24 июня 2011 года в 10 часов на заседании Диссертационного совета Д 208.110.01 в ФГУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Росздрава» (127254, Москва, ул. Добролюбова, 11)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Росздрава» (127254, Москва, ул. Добролюбова д. 11)

Автореферат разослан « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2011г.

Учёный секретарь

диссертационного Совета,

доктор медицинских наук

Пучков Константин Геннадьевич

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность исследования.** Мониторинг состояния здоровья и социально-экономического развития медицинских работников, системы охраны труда в лечебно-профилактических учреждениях – приоритетные задачи отрасли, определяющие эффективность работы организаций здравоохранения, их конкурентноспособность и качество медицинской помощи населению (Н.Ф. Измеров, 2005).

Ухудшение состояния здоровья, наряду с недостаточным уровнем оплаты труда, несоответствующим эмоциональным и физическим затратам, являются основными причинами оттока медицинских кадров из государственного сектора здравоохранения (М.М. Кузьменко, А.А. Черепова, 1996; М.Г. Сорокина, 2006). В числе недостатков организации труда в медицинских учреждениях, влияющих на состояние здоровья медицинского персонала, часто наблюдается несоблюдение социально-гигиенических требований к условиям труда, превышение норм рабочей нагрузки, нарушение режима труда и отдыха медицинского персонала (Ю.Ю. Горблянский, 2003; А.В. Иванов, 2005; В.Т. Кайбышев, 2006). Организация трудового процесса работников стационарных медицинских учреждений имеет ряд особенностей, связанных с применением высокотехнологичной медицинской аппаратуры, круглосуточным режимом работы и непосредственным контактом с лекарственными средствами, химическими веществами, инфекционными агентами (Е.Х. Павлов, 2001; В.В. Косарев, Г.Ф. Васюкова, 2002; А.В. Сашин, 2010).

Рост заболеваемости медицинских работников также обусловлен факторами риска со стороны образа жизни: недостаточной физической активностью и нерациональным питанием, несвоевременной обращаемостью за профессиональной медицинской помощью и склонностью к самолечению (С.А. Молодцов, 1997; И.Г. Глотова, В.К. Дзугаев, 2003; И.Л. Максимов, 2003; М.А. Сычев, 2008).

Проведенный информационный поиск показал, что в настоящий момент проблема совершенствования кадровых ресурсов медицинской отрасли приобрела статус общегосударственной и межведомственной проблемы. В современных условиях снизить неэффективные затраты отрасли на подготовку молодых специалистов, повысить престиж государственных учреждений здравоохранения, сохранить кадровый резерв возможно только путем создания благоприятных условий для работы медицинских работ-

ников, содействующих укреплению их здоровья, экономическому благополучию и профессиональной самореализации. Вместе с тем, анализ текущей ситуации ограничен недостаточностью отчетных данных и отрывочными сведениями специальных научных исследований, не позволяющими обобщить информацию из-за разности применяемых методических подходов и изучаемых контингентов.

Комплексный подход к решению проблемы подразумевает всесторонний анализ показателей состояния здоровья медицинских работников, формирующегося под воздействием производственных и экономических факторов, социально-психологических критериев образа жизни и поведения. Поиск причин ухудшения состояния здоровья и путей сохранения кадрового потенциала государственных медицинских учреждений стационарного типа определил цель и задачи настоящего исследования.

**Цель исследования:** на основе комплексной социально-гигиенической характеристики заболеваемости, образа жизни и условий труда медицинских работников крупного многопрофильного стационара разработать и внедрить программу мониторинга состояния здоровья, социально-экономического и профессионального развития медицинского персонала.

**Задачи исследования:**

1. Определить особенности характеризующие образ и условия жизни медработников крупного многопрофильного стационара на основе медико-социального исследования.
2. Проанализировать заболеваемость и обращаемость медработников в медицинские учреждения по данным саморегистрации.
3. Изучить заболеваемость медработников по материалам медицинского осмотра дополнительной диспансеризации.
4. Оценить условия труда медицинского персонала крупного многопрофильного стационара по результатам аттестации рабочих мест.
5. Разработать и внедрить комплекс программных мероприятий, направленных на укрепление здоровья, повышение уровня жизни и организации труда работников медицинских учреждений стационарного типа.

**Научная новизна исследования**

Проведено комплексное социально-гигиеническое исследование среди медицинских работников крупного многопрофильного стационара IV уровня, в результате которого впервые:

- дана характеристика демографического состава, условий и образа жизни, профессионального статуса и производственного потенциала изучаемого контингента, изучено мнение медработников о причинах их заболеваний;
- установлена среднегодовая частота острых и обострения хронических заболеваний медработников по данным саморегистрации, выявлена доля официально не учитываемой заболеваемости и причины отказа от оформления временной нетрудоспособности;
- определена распространенность хронических заболеваний среди медицинских работников разного профиля по данным медицинских осмотров дополнительной диспансеризации;
- дана объективная оценка условий труда врачей и медицинского персонала среднего звена различных профильных подразделений больницы на основе результатов аттестации рабочих мест;
- разработан программный комплекс организационных мероприятий по охране здоровья, профессиональному развитию и оптимизации условий труда медицинских работников многопрофильных стационарных учреждений;
- проведен анализ и оценка медико-социального эффекта реализованных программных мероприятий.

### **Научно-практическая значимость работы**

Выявленные особенности состояния здоровья, образа жизни и условий труда медработников многопрофильного стационара позволили разработать научно обоснованную комплексную программу по сохранению кадрового ресурса, оптимизации деятельности лечебно-профилактических учреждений с целью укрепления здоровья работающих на современном этапе.

Разработан комплекс организационных мероприятий по оптимизации условий труда. Расширены должностные обязанности «доверенного врача» больницы, в числе которых:

- отбор медработников для диспансерного наблюдения;
- разработка программ лечебно-оздоровительных и реабилитационных меро-

приятий;

- обновление информации электронной базы данных о состоянии здоровья сотрудников;

- организация работы «Школ здоровья» с применением методов стимулирования посещаемости занятий и др. функции.

Организована система льготной (бесплатной) лечебно-диагностической и восстановительно-оздоровительной помощи сотрудникам с максимальным использованием ресурсов собственного медицинского учреждения.

Разработана система пропорционального распределения оплаты труда с учетом индивидуального вклада работника и качества оказания медицинской помощи.

Организационные предложения и рекомендации, разработанные на основе результатов исследования, могут быть использованы муниципальными, областными, окружными и региональными органами управления здравоохранением, районными органами исполнительной власти, отраслевыми профсоюзными и общественными организациями и другими ведомствами с целью совершенствования методов управления персоналом в ЛПУ, повышению эффективности и безопасности труда, снижению заболеваемости и временной утраты трудоспособности, развитию мотивации работников к сохранению и укреплению собственного здоровья.

### **Внедрение в практику результатов исследования**

Материалы диссертации послужили научным обоснованием для разработки Программы мониторинга состояния здоровья и социально – экономического развития медицинских кадров, предназначенной для внедрения в учреждения здравоохранения базового региона.

Разработанный комплекс организационных и лечебно-профилактических мероприятий внедрен в работу ГУЗ НОКБ им. Н.А. Семашко, получен медико-социальный эффект реализованных мероприятий.

Отдельные фрагменты диссертационной работы легли в основу пособия по новой системе оплаты труда в учреждениях здравоохранения, которое предназначено для применения в научно-педагогическом процессе кафедры общественного здоровья и здравоохранения ГОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития РФ». Материалы диссертационной работы используются в учеб-

ном процессе на кафедре общественного здоровья и здравоохранения ГОУ ВПО НижГМА Минздравсоцразвития РФ и на кафедре общественного здоровья и здравоохранения ФПКВ ГОУ ВПО НижГМА Минздравсоцразвития РФ.

### **Апробация работы**

Основные положения и результаты диссертационной работы доложены:

- на Республиканской научно-практической конференции молодых ученых Республики Башкортостан с международным участием «МЕДИЦИНСКАЯ НАУКА-2010» (Уфа, 2010 г.);

- на второй Международной научно-практической конференции, посвященной 75-летию Новосибирского государственного медицинского университета (Новосибирск, 2010 г.);

- на конференции главных врачей Нижегородской области (Н.Новгород, 2009 г.);

- на общепольничных советах (Н.Новгород, 2008-2009 гг.).

**Публикации.** По теме диссертации опубликовано 10 научных работ, в том числе 3 статьи в рецензируемых научных журналах, рекомендованных ВАК РФ.

### **Основные положения, выносимые на защиту:**

1. Высокий уровень распространенности хронических заболеваний среди медицинских работников в большей степени обусловлен их низкой медицинской активностью и факторами риска со стороны образа жизни.

2. Работу по охране здоровья медицинского персонала крупного многопрофильного стационара целесообразно проводить под руководством доверенного врача при помощи автоматизированного мониторинга показателей состояния здоровья и эффективности диспансерных мероприятий, с максимальным использованием клинко-диагностической базы учреждения, физкультурно-оздоровительного центра и тематических школ здоровья

3. Комплексная программа сохранения кадрового ресурса больницы включает диагностические и лечебно-профилактические мероприятия, мониторинг условий труда, повышение социально-правового обеспечения и организационной культуры коллектива, профессиональное и экономическое развитие кадров.

### **Объем и структура диссертации**

Работа состоит из введения, 5-ти глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы (310 источников, в том числе 59 зарубежных) и прило-

жений. Основное содержание диссертации изложено на 210 страницах машинописного текста, иллюстрировано 24 таблицами и 9 рисунками.

## СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

**Во введении** обоснована актуальность темы, определены цель и задачи, научная новизна, научно-практическая значимость исследования и основные положения, выносимые на защиту.

**В первой главе** представлен обзор отечественной и зарубежной литературы, характеризующей уровень и структуру заболеваемости медицинских работников в Российской Федерации и её отдельных регионах. Проанализированы вопросы влияния условий труда, быта, отношения к собственному здоровью и медицинской активности на здоровье медицинского персонала.

**Во второй главе** изложены материалы, объекты, объем и методы исследования, приведена медико-демографическая характеристика исследуемого контингента.

Исследование проводилось в 2006-2009 гг. на базе крупного многопрофильного стационара Нижегородской области в соответствии с планом НИР ГОУ ВПО НижГМА Минздравсоцразвития РФ. ГУЗ «Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А.Семашко» - ЛПУ IV уровня. ГУЗ НОКБ им. Н.А.Семашко является крупнейшим многопрофильным учреждением области, рассчитанным на 1500 коек и обслуживающим население Нижегородской области. Больница располагает клинической базой, включающей консультативную поликлинику (рассчитанной на 600 посещений в смену) и стационар, состоящий из 27 клинических отделений и 13 лечебно-диагностических служб. Оснащение современным лечебно-диагностическим оборудованием позволяет выполнять свыше 500 видов диагностических исследований.

Основным объектом исследования были врачи и средние медицинские работники, проживающие в городе Нижнем Новгороде и работающие в условиях стационара IV уровня – ГУЗ НОКБ им. Н.А.Семашко, единицей наблюдения - медицинский работник. Исследование состояло из пяти взаимосвязанных этапов, из них три проводилось с использованием выборочного метода (табл. 1).

Для проведения социологической части исследования выборочная совокупность, составившая 662 единицы наблюдения, по профилю подразделения была разделена на три типологические группы: 1) хирургическая клиника; 2) терапевтическая клиника; 3) параклиника и вспомогательные службы. Сравнительный анализ полученных сведений

проводился также с учетом профессиональной категории и пола медицинских работников, т.е. между врачами-мужчинами, врачами-женщинами и сестринским персоналом.

Таблица 1.

**Этапы, методы, источники и объекты исследования**

| Этапы программы, периоды реализации   | Методы наблюдения и сбора информации   | Источники информации   | Объекты и объемы наблюдения                                 |
|---|--|--|---|
| 1. Характеристика образа жизни и условий труда медицинских работников по данным социологического опроса (2006 г.)   | Выборочное наблюдение, типологический отбор, анкетирование   | Специально разработанный опросник  | 9 выборочных контингентов – врачей и медсестер – 662 чел.   |
| 2. Анализ состояния здоровья и медицинской активности медработников по данным социологического опроса (2006 г.)   | Выборочное наблюдение, типологический отбор, анкетирование   | Специально разработанный опросник и карта саморегистрации случаев заболеваний и ВН   | 9 выборочных контингентов – врачей и медсестер – 662 чел    |
| 3. Оценка заболеваемости медработников по материалам медицинских осмотров дополнительной диспансеризации (2007-2008 гг.)  | Сплошное наблюдение, выкопировка сведений  | «Карта учета дополнительной диспансеризации работающего гражданина» ф. № 131/у-ДД-08   | 1115 карт   |
| 4. Санитарно-гигиеническая оценка производственно-профессиональных условий труда медработников (2008-2009 гг.)  | Выборочное непосредственное наблюдение, специальные методы и средства для санитарно-гигиенической оценки | Карты аттестации рабочих мест и гигиенические нормативы Руководства Р.2.2.2006   | 132 рабочих места врачей и 278 – сестринского персонала     |
| 5. Разработка и внедрение программы мониторинга состояния здоровья и социально-экономического развития медицинских кадров больницы, оценка ее эффективности (2007-2009 гг.) | Системное обобщение, нормативный метод   | Отраслевые и внутриучрежденные директивные, нормативные и методические документы; научные публикации за период 2000-2010 гг. | Показатели эффективности реализации программных мероприятий |

Таким образом, для сравнительного анализа данных исследования использовалось 9 подгрупп персонала – 6 врачебных и 3 сестринских.

При определении необходимого объема наблюдений использовалась классическая формула для бесповторного отбора и альтернативного распределения результи-

рующего признака (А.М.Мерков, Л.Е.Поляков, 1974).

На этапах исследования использовались социально-гигиенические методы: аналитический, статистический, социологический, экспертных оценок, а также гигиенические методы для оценки условий труда. При обработке полученных материалов проводился: расчет относительных и средних величин, анализ динамических рядов, оценка достоверности различий результатов по критерию Стьюдента.

**В третьей главе** дана оценка особенностей образа жизни и условий труда медицинских работников по материалам социологического исследования, а также представлена характеристика их медицинской активности.

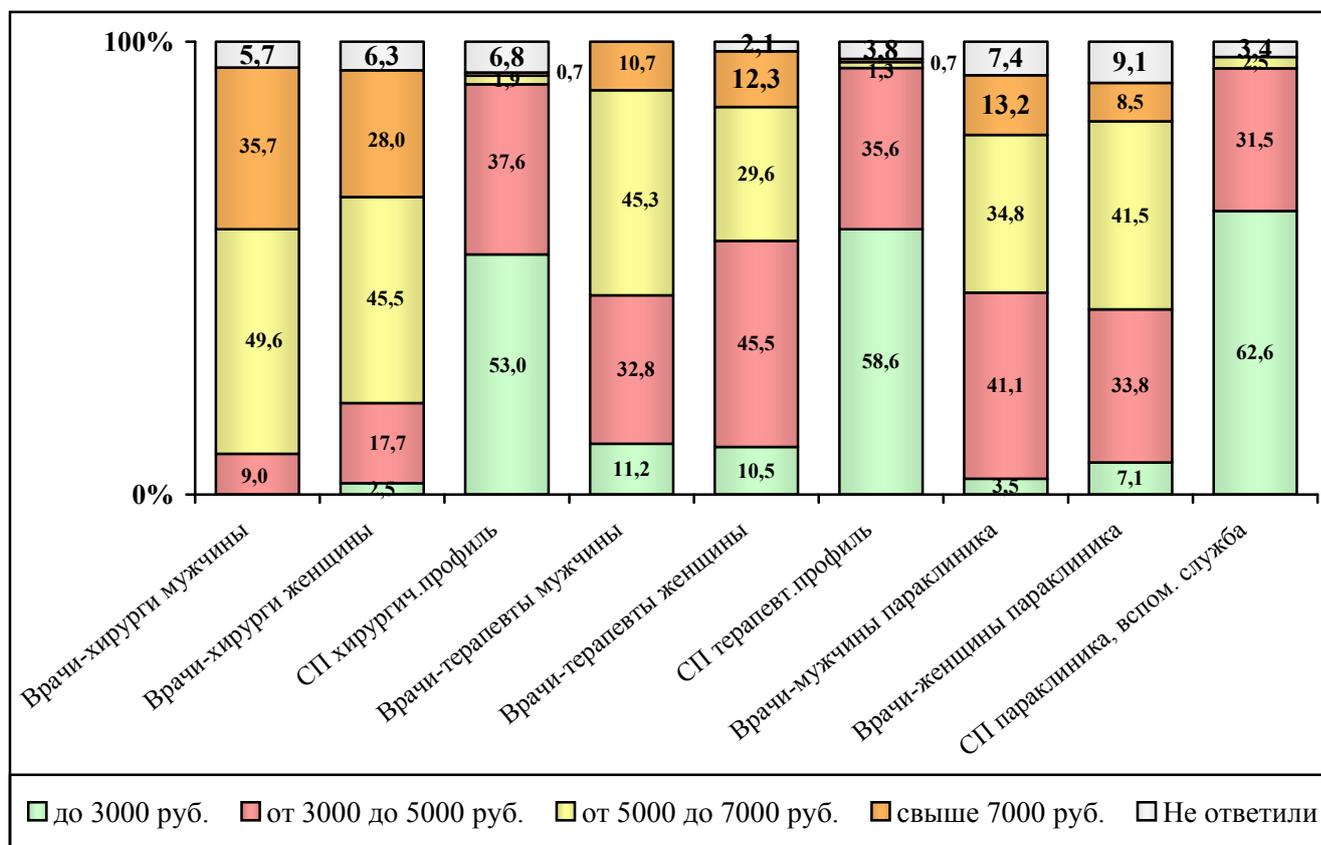
Для проведения социологической части исследования была разработана «Карта комплексной оценки здоровья медицинских работников многопрофильного стационара и влияния профессиональных и других социально-гигиенических факторов», состоящая из 2-х частей и 74 вопросов.

По данным опроса было установлено, что среди врачей доминируют лица старшего трудоспособного возраста: средний возраст врачей мужского пола составил 41,9 года, врачей-женщин - 43,5 года. Наиболее молодыми следует считать врачебные коллективы хирургических подразделений, так как количество сотрудников в возрасте до 40 лет среди них составило больше половины – 58,7%. В терапевтической клинике, параклинике и вспомогательных отделениях доля молодых врачей значительно меньше - 44,4% и 27,9% - соответственно. Средний возраст сестринского персонала составил 34,2 года, значимых различий в зависимости от профиля отделения не выявлено.

Изучение семейного положения респондентов показало, что около половины опрошенных медработников состоит в браке: 42,3% - в официально зарегистрированном и 6,2% - в гражданском браке. При этом наибольшая доля сотрудников, проживающих в браке, отмечено среди врачей-мужчин хирургических подразделений – 68,3%, что характеризует данный контингент как наиболее устойчивый к профессионально- и социально детерминированным стрессорам. Среди медицинских сестер, не состоит в браке - 44,3%, что связано с более молодым возрастом данной группы респондентов.

Среднедушевой доход на одного члена семьи, превышающий прожиточный минимум (3274 руб. в 2006 г.), отметили только треть врачей и шестая часть сестринского контингента (рис.1). При этом наиболее благоприятно материальная ситуация складывается во врачебных семьях хирургов, где коэффициент соотношения душевого до-

хода к прожиточному минимуму достигает 1,9. В семьях врачей параклинического и терапевтического профиля данный коэффициент ниже – 1,5 и 1,6 соответственно, и существенно ниже в семьях сестринского персонала – 0,9.



**Рисунок 1. Распределение врачей и сестринского персонала (СП) подразделений разного профиля по величине среднемесячного дохода на одного члена семьи (в % к итогу).**

Материальный недостаток в семьях изучаемого контингента проявляется в низком уровне устройства быта, что требует больших затрат времени на ведение домашнего хозяйства. Свыше 8 часов в неделю каждый второй медработник тратит на покупки, приготовление пищи, уборку жилья. Вместе с тем, такое же количество времени каждый третий опрошенный расходует на просмотр телевизора. При этом физическая активность у большинства медработников значительно снижена – всего 28,1% регулярно занимаются физкультурой и спортом, и только 26,0% - делают утреннюю зарядку. Не удовлетворены качеством своего досуга 63,1% сотрудников, из них половина связывают это с недостатком денег, четверть – с усталостью после работы, шестая часть – с нехваткой времени, и только 0,5% медработников – с личной неорганизованностью. Ма-

териальные проблемы также являются одной из основных причин конфликтов в семье, наличие которых отметили 10,9% врачей и 15,9% медсестер.

В числе социально-гигиенических факторов риска здоровья медицинских работников особой остротой отличается проблема рационального питания, достаточности сна, распространения вредных зависимостей. По данным исследования, у 2/3 опрошенных питание является бессистемным, отсутствует полноценный завтрак, у 1/2 – прием горячей пищи – одноразовый либо отсутствует, у 1/5 имеет место злоупотребление кофеинсодержащими напитками. В то же время организация правильного питания не является важным приоритетом для 74,5% сотрудников.

Почти половина медицинских работников отмечают наличие проблем с качеством и продолжительностью ночного отдыха: у 12,4% длительность ночного сна менее 6-ти часов, у 62,1% - 6-7 часов, у 59,5% - жалобы на неполноценность сна и хроническое недосыпание. Проблемы со сном наиболее выражены среди работников хирургического профиля и среди женского контингента, что обусловлено спецификой работы и отсутствием навыков эффективной борьбы со стрессом и хронической усталостью.

По данным социологического опроса среди медработников достаточно распространены различные формы вредных зависимостей: среди врачей-мужчин курит 37,9%, причем уже более 10 лет - 28,2%, употребляют алкоголь несколько раз в неделю 8,7%, практически ежедневно – 1,9%, среди врачей-женщин и сестринского персонала таких лиц меньше – курящих не более 10%, часто употребляющих спиртные напитки – не более 3,7%. Наличие лекарственной зависимости отметили у себя 5,0% опрошенных, об эпизодическом злоупотреблении лекарственными препаратами сообщили 22,3% врачей-мужчин, 14,8% врачей-женщин и 30,5% медсестер.

Особенностью изучаемого контингента является традиционно низкая медицинская активность. Несмотря на результаты самооценки здоровья, согласно которым лишь 65,0% врачей-мужчин, 51,9% врачей-женщин и 43,1% медсестер охарактеризовали его положительными оценками «4» и «5», треть опрошенного контингента пренебрегает основными методами профилактики болезней. Закаливающие процедуры используют всего 6,8%, диету - 15,1%, лечебную физкультуру - 9,4%, санаторное лечение - 7,6%, прием профилактических препаратов - 36,7% респондентов. Свою профилактическую пассивность многие медработники объясняют нехваткой времени и материальных средств, не предавая должного значения рациональной организации режима пита-

ния, сна, физической активности, борьбе с вредными зависимостями.

Низкая медицинская активность исследуемого контингента также проявляется в приверженности к самолечению. Из 100 опрошенных 86,0 врачей и 68,5 среднего медперсонала предпочитают лечить свои заболевания, не требующих госпитализации или оперативного вмешательства, самостоятельно или по рекомендациям знакомых врачей. Это не редко связано с неудовлетворенностью медицинским обслуживанием, о котором сообщили 40,9% респондентов. В числе причин недовольства - большая затрата времени и материальных средств, недостатки в организации и ресурсном обеспечении лечебно-диагностического процесса.

Потребительское отношение медработников к собственному здоровью в большой степени обусловлено неполным осознанием истинных причин развившихся заболеваний. Свои заболевания связывают с воздействием производственных факторов - 76,6%, с материальным недостатком - 42,3%, с недостаточностью сна - 25,7%, с нерациональностью питания - 24,9%, с плохой наследственностью - 20,8%, с недостатком времени для заботы о здоровье - 17,2% респондентов. В то же время низкую физическую активность и вредные зависимости в качестве причины заболевания называет лишь 6,8% опрошенных.

Изучение производственно-профессиональных параметров сотрудников больницы свидетельствует о том, что 2/3 имеет длительный производственный стаж: 39,3% составляют лица, проработавших в отрасли свыше 20 лет, 18,4% - от 11 до 19 лет. Количество лиц с долговременным стажем работы среди врачей в 1,5 раза выше, чем среди медсестер, что коррелирует с возрастными параметрами респондентов.

Исследуемый контингент в целом характеризуется наличием высокого производственного потенциала. Микроклимат в коллективах большинства отделений следует считать благоприятным для профессионального роста и развития кадров. По данным опроса, в ближайшее время планируют должностной и карьерный рост 28,9% сотрудников, повышение образовательного уровня, квалификации или специализацию - 43,7%, преподавание и научные исследования - 10,0% (в основном врачи), общественную деятельность - 2,3%.

В то же время о желании сменить место работы сообщили 8,3% врачей и 14,1% медсестер, о поиске дополнительной подработки - 16,3% медработников. К тому же по стационару в целом определена значимая доля специалистов, стаж работы которых не

соответствует их квалификационному уровню (16,6% врачей и 11,8% медсестер), а также сотрудников, не планирующих профессионального и должностного роста (18,1% врачей и 16,4% медсестер), что ограничивает экономические перспективы и конкурентоспособность работников, коллектива подразделения и учреждения в целом.

Достижению профессиональной самореализации, по мнению 84,7% респондентов, препятствует несоответствие уровня оплаты количеству и качеству вложенного труда. По данным опроса напряженность труда изучаемого контингента достаточно высокая, и по ряду критериев превышает гигиенические нормативы. Обращает внимание неблагоприятный для здоровья режим работы - суточный, ночной, ненормированное время - у пятой части врачей и трети сестринского персонала. Превышение норм рабочей нагрузки за счет совместительства отмечено у 54,7% врачей и 46,6% медсестер, за счет сверхнормативных дежурств – у 14,7% врачей и 35,2% медсестер, дополнительной работы вне учреждения – у 20,4% и 19,4% медработников соответственно.

В числе вредных производственных факторов, постоянно сопровождающих трудовой процесс, химические агенты, нервно-эмоциональное напряжение назвали свыше половины опрошенных, контакт с патогенной флорой, статические перегрузки, подъем тяжестей – 1/3 респондентов, нефизиологичную рабочую позу, динамические перегрузки и шумы - 1/6 часть медработников.

Низкий уровень оплаты труда медработников следует считать приоритетной проблемой любого государственного медицинского учреждения. По данным экономического отдела больницы за 2006 г., среднемесячная заработная плата в целом по всем подразделениям с учетом надбавок, компенсационных и премиальных выплат составляла на одну должностную ставку врача – 12125 рублей, среднего медперсонала - 7122 руб. Приведенные суммы в среднем на 30-40% ниже в сравнении с производственными отраслями и коммерческими медицинскими учреждениями Нижегородской области. Кроме того, необходимо учитывать, что усредненные данные не передают истинной картины по заработной плате медработников, которая достаточно сильно варьирует в зависимости от стажа и квалификационной категории, количества надбавок и доплат, профиля подразделения, а также от участия в оказании платных медицинских услуг и других видах работ, предусматривающих дополнительную оплату труда.

**В четвертой главе** проведен анализ состояния здоровья медработников по материалам субъективной и объективной оценки их заболеваемости. Результаты самореги-

страции медработниками случаев перенесенных острых и обострения хронических заболеваний в течение года, позволили дать углубленную характеристику заболеваемости изучаемого контингента за счет сведений о болезнях, с которыми они не обращались за медицинской помощью. В соответствии с полученными данными, численность не болевших в течение года составила 12,1 на 100 опрошенных. Отметим наличие заболеваний в течение года 85,7 врачей и 81,4 медсестер на 100 опрошенных, причем более половины медработников указали несколько заболеваний. С учетом всех названных заболеваний наиболее высокая распространенность заболеваний определена среди врачей-мужчин терапевтической клиники - 312,5 случаев, наиболее низкая – среди мужчин-хирургов – 135,0 случаев на 100 опрошенных.

Структура заболеваемости по данным саморегистрации имеет общие черты с имеющимися в литературе данными обращаемости медработников в медицинские учреждения. В числе ведущих были определены классы болезней органов дыхания - 22,9%, органов пищеварения - 16,4%, мочеполовой системы – 13,0%, костно-мышечной системы и соединительной ткани – 12,3% и системы кровообращения - 11,0%. Вместе с тем, полученные от респондентов сведения отличаются высокой распространенностью болезней органов пищеварения, костно-мышечной системы и соединительной ткани, кожи и подкожной клетчатки, по поводу которых медработники не оформляли временную нетрудоспособность и лечились самостоятельно.

Анализ сведений респондентов об оформлении временной нетрудоспособности за тот же год, за который были собраны данные о заболеваниях, позволил рассчитать долю официально неучтенной заболеваемости - индикатора медицинской активности исследуемого контингента. В целом по изучаемой совокупности доля неучтенных случаев составила 78,1%, и была значимо выше среди врачей мужского пола и медицинских работников хирургических подразделений. На вопрос о причине отказа от оформления нетрудоспособности 35,5% респондентов отметили снижение размера заработной платы, 21% - отсутствие квалифицированной замены на рабочем месте, 7,3% - боязнь потерять работу. Низкая обращаемость медработников в медицинские учреждения с одной стороны может быть связана с легким течением некоторых заболеваний, с другой стороны является свидетельством несознательного отношения к своему здоровью. В любом случае проведенные расчеты доказывают несостоятельность метода изучения заболеваемости по данным о временной нетрудоспособности среди медицинских работни-

ков.

Изучение распространенности хронической патологии среди медработников стационара было произведено на основе анализа материалов медицинских осмотров, проведенных в 2007-2008 гг. в рамках дополнительной диспансеризации работающих контингентов. Для наиболее полного учета информации о состоянии здоровья сотрудников полученные результаты были дополнены сведениями о перенесенных заболеваниях и операциях, полученными из официальной медицинской документации доверенного врача больницы и медицинских учреждений по месту жительства медицинского персонала.

По данным осмотров, количество лиц, имеющих заболевания, среди врачей составило 59,2, среди медсестер - 56,3 на 100 осмотренных (табл. 3).

Таблица 3.

**Заболеваемость медицинских работников по данным медицинских осмотров дополнительной диспансеризации 2007-2008гг. ( $P \pm m$  - на 100 осмотренных)**

| Показатели частоты случаев                                   | Врачи-мужчины | Врачи-женщины | Медицинские сестры | Все медработники |
|--|---------------|---------------|--------------------|------------------|
| Не выявлено заболеваний                                      | 49,5±3,1      | 35,2±2,9      | 43,7±2,6           | 42,6±2,7         |
| Имеют заболевания  | 50,5±3,5      | 64,8±3,2      | 56,3±2,9           | 57,4±1,8         |
| <i>в том числе:</i>  |               |               |                    |                  |
| <i>одно заболевание</i>                                      | 20,4          | 11,1          | 11,6               | 12,8             |
| <i>два заболевания</i>                                       | 14,6          | 32,7          | 28,1               | 27,1             |
| <i>три и более заболевания</i>                               | 15,5          | 21,0          | 16,6               | 17,5             |
| <i>в том числе:</i>  |               |               |                    |                  |
| <i>С редкими рецидивами (<math>\geq 2</math> раза в год)</i> | 39,8          | 43,8          | 37,5               | 39,4             |
| <i>С частыми рецидивами (<math>\leq 3</math> раз в год)</i>  | 10,7          | 21,0          | 18,8               | 18,0             |

Одну нозологическую форму имела только пятая часть осмотренных, две – почти половина, три и более – треть медработников, поэтому с учетом всех зарегистрированных диагнозов, показатель распространенности болезней составил 124,8 случая на 100 осмотренных. По количеству выявленной патологии наиболее болезненным контингентом определены женщины-врачи и работники терапевтического профиля - 151,9 и 162,8 заболевания на 100 осмотренных соответственно.

В структуре хронической патологии вне зависимости от профиля подразделения медработников преобладают заболевания системы кровообращения - 19,6%, органов дыхания - 15,5%, костно-мышечной системы и соединительной ткани - 14,7%, глаза и его

придаточного аппарата - 10,2% органов пищеварения - 9,0% и мочеполовой системы – 8,8%.

Результаты, полученные при исследовании, послужили научным обоснованием для разработки и внедрения на уровне учреждения «Программы мониторинга состояния здоровья и социально-экономического развития медицинских кадров», которая представлена **в пятой главе**.

Реализация программы, рассчитанной на 5-ти летней период, началась в 2007 году и предусматривает следующие направления: диагностические и лечебно-профилактические мероприятия, мониторинга условий труда, повышение социально-правового обеспечения, профессионального и экономического развития медицинских кадров, организационной культуры коллектива.

В рамках реализации мероприятий по улучшению условий труда медицинского персонала в течение 2008-2009 гг. в больнице была проведена аттестация рабочих мест, включавшая гигиеническую оценку условий и характера труда, травмобезопасности рабочих мест и обеспеченности работников специальными средствами индивидуальной защиты.

В соответствии с Руководством по оценке условий труда Р.2.2.2006-05 в числе гигиенических критериев оценивались химические, биологические и физические факторы, тяжесть и напряженность трудового процесса. Среди факторов, характеризующих тяжесть труда, были учтены динамические нагрузки, масса поднимаемого и перемещаемого груза, общее число стереотипных рабочих движений, величина статической нагрузки, характер рабочей позы, глубина и частота наклонов корпуса и др. Напряженность труда оценивалась по наличию и степени интеллектуальных, сенсорных и эмоциональных нагрузок и результатам изучения режима работы.

Интегральная оценка степени вредности условий труда позволила распределить весь медицинский персонал больницы на следующие группы (без учета биологического фактора):

1. Работники, имеющие 1-2 класс условий труда - оптимальные и допустимые условия - составили 29,8%.

2. Работники, отнесенные к 3 классу 1 степени вредности – 23,4%. У данной группы уровень воздействия вредных производственных факторов может вызывать длительные, но не стойкие функциональные изменения в организме.

3. Работники, имеющие 3 класс 2 степени вредности – 31,7%. В данной группе возможны стойкие функциональные изменения, приводящие к профессиональным заболеваниям после экспозиции вредных факторов свыше 15 лет.

4. Работники с условиями труда 3 класса 3 степени (возможно развитие профессиональных болезней легкой и средней степени тяжести в периоде трудовой деятельности) составили достаточно существенную долю в структуре персонала – 15,1%.

Как видно из таблицы 4, общая оценка условий труда по классам вредности в большей степени зависит от биологического фактора, воздействию которого почти в равной степени подвержены специалисты разных подразделений.

Таблица 4.

**Общая оценка условий труда по производственным факторам  
в зависимости от профиля подразделений больницы  
(классы вредности в соответствии критериям Руководства Р.2.2.2006-05.)**

| Производственные факторы | Терапевтическая клиника |                     | Хирургическая клиника |                     | Вспомогательные, параклинические подразделения |                     |
|--------------------------|-------------------------|---------------------|-----------------------|---------------------|--|---------------------|
|                          | врачи                   | Средний медперсонал | врачи                 | Средний медперсонал | врачи  | Средний медперсонал |
| Тяжесть труда            | 1,0-2,0                 | 1,0-2,0             | 2,0-3,1               | 2,0-3,1,            | 1,0-2,0  | 1,0-2,0             |
| Напряженность труда      | 3,1-3,2                 | 2,0-3,1             | 3,1-3,2,              | 3,1-3,2,            | 2,0-3,2  | 2,0-3,1             |
| Биологические факторы    | 2,0-3,3                 | 2,0-3,3             | 3,3                   | 3,3                 | 3,3  | 3,3                 |
| Физические факторы       | 2,0                     | 2,0                 | 2,0-3,1               | 2,0-3,1             | 2,0-3,1  | 2,0-3,1             |
| Химические факторы       | 2,0-3,3                 | 2,0-3,3             | 2,0-3,2               | 2,0-3,2             | 2,0-3,3  | 2,0-3,2             |

Сопоставление результатов объективных замеров по условиям труда с данными социологического опроса персонала о наличии вредных производственных факторов в их деятельности позволило выявить явное несоответствие в сторону завышения субъективных данных по воздействию шумов, неблагоприятного микроклимата, тяжести и напряженности труда. В то же время отмечена недооценка медицинским персоналом распространенности вредного воздействия биологического и химического факторов. Установленное несоответствие свидетельствует о неполной осведомленности персонала о спектре вредных производственных факторов, присутствующих на их рабочих местах. Завышение данных было интерпретировано как стремление медработников связывать свои болезни с внешними причинами, устранение которых от них не зависит, тем самым снимая с себя ответственность за собственное здоровье.

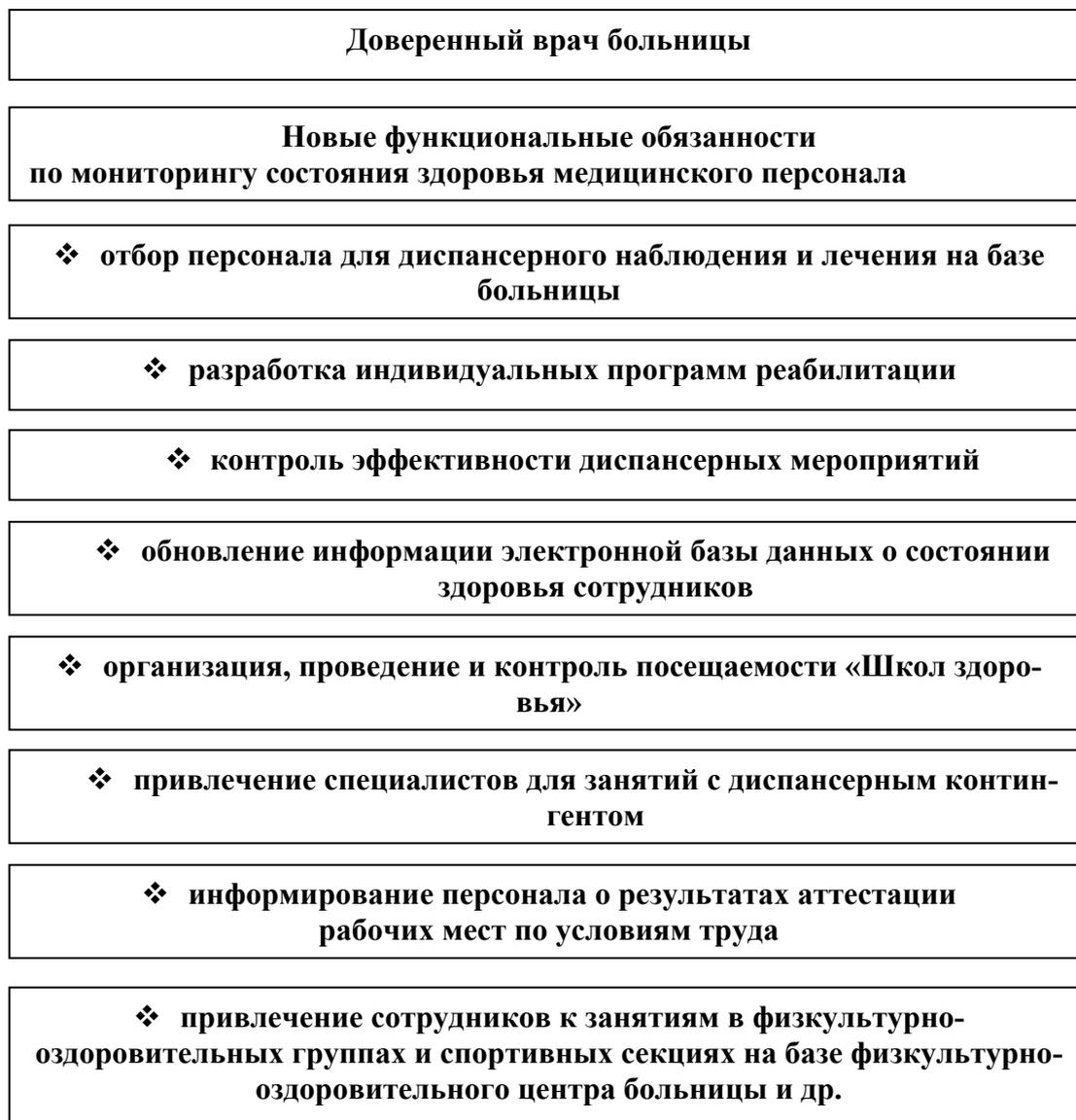
В рамках реализации комплекса диагностических и лечебно-профилактических мероприятий по результатам медицинских осмотров было проведено формирование обследованного персонала в группы здоровья с учетом выявленных хронических болезней и функциональных нарушений, суммарной продолжительности временной нетрудоспособности, числа случаев острых респираторных заболеваний в году, наличия производственных и поведенческих факторов риска здоровья.

К первой группе «практически здоровых» было отнесено 14,2% осмотренных. Во вторую группу было включено 46,5% медицинских работников с хроническими заболеваниями в стадии ремиссии, после недавно перенесенных операций, с функциональными отклонениями и дезадаптационными проявлениями, с наличием производственных вредностей (по данным аттестации рабочих мест по условиям труда) и с поведенческими факторами риска развития заболеваний (курение, злоупотребление алкоголем, лекарственными препаратами и др.), болеющие острыми респираторными заболеваниями свыше 3-х раз в год и с общей продолжительностью ВН – свыше 20 дней в год. К третьей группе наблюдения было отнесено 39,3% осмотренных лиц с хроническими заболеваниями в стадии субкомпенсации, в том числе с официально подтвержденной профессиональной патологией, и с общей продолжительностью ВН свыше 30 дней в год.

С целью развития и технического обеспечения мониторинга сведения о состоянии здоровья медицинских кадров больницы были занесены в электронную базу данных. В базе данных о кадрах отдельной строкой регистрировались уточненные диагнозы, группа здоровья, группа диспансерного наблюдения, сведения об условиях труда, программа лечебно-оздоровительных и реабилитационных мероприятий, рекомендации по ограничению объема и оптимизации режима работы, сроки контрольного наблюдения и др.

Учетом и анализом данных о состоянии здоровья сотрудников, а также организацией диспансерных мероприятий занимается «доверенный врач» больницы. С момента начала реализации программы для данной должности был разработан новый перечень функциональных обязанностей, в числе которых: отбор медработников для диспансерного наблюдения, разработка программ реабилитации и контроль эффективности диспансерных мероприятий, обновление информации базы данных о состоянии здоровья сотрудников, организация «Школ здоровья», привлечение специалистов для проведе-

ния занятий с диспансерным контингентом и ряд других новых функций (рис.2).



**Рисунок 2. Новые функциональные обязанности доверенного врача больницы по мониторингу состояния здоровья медицинского персонала**

Организация комплекса диагностических и лечебно-профилактических мероприятий предполагала максимальное использование уникального лечебно-диагностического потенциала многопрофильного учреждения для лечения и оздоровления сотрудников. Для этих целей были организованы специализированные палаты, функционирующие в режиме профилактория, немедикаментозная терапия проводилась на базе физиотерапевтического отделения, отделений рефлексотерапии, лечебной физкультуры и гипербарической оксигенации. Создание физкультурно-оздоровительного

центра для сотрудников позволило проводить восстановительно-оздоровительные и информационно-обучающие мероприятия в рамках «Школ здоровья», физкультурно-оздоровительных групп и спортивных секций по фитнесу, йоге, настольному теннису, волейболу и др.

В соответствии с приоритетностью выявленной у медицинских работников хронической патологии было сформировано 7 основных направлений информационно - обучающих мероприятий: школы для лиц с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, нервной системы и опорно-двигательного аппарата, желудочно-кишечного тракта, для часто болеющих и имеющих высокий риск развития болезни, для больных бронхиальной астмой, сахарным диабетом и школа охраны репродуктивного здоровья женщины. Программа обучения в школах здоровья составляется и корректируется под руководством доверенного врача, который также приглашает лекторов, контролирует график проведения и посещаемость занятий.

При разработке системы стимулирования посещаемости занятий были учтены особенности профессионального контингента, проявляющиеся в низкой медицинской активности, самодостаточности в вопросах здоровья и склонности к самолечению. Поэтому в числе стимулирующих механизмов были использованы такие, как: сокращение рабочего времени в дни занятий на 30 мин.; 30%-ая льгота при оплате медицинских услуг в хозрасчетных подразделениях больницы, включая дорогостоящие стоматологические услуги; первоочередное обеспечение льготными путевками в дома отдыха и санатории; поощрение в форме награждения билетами на культурно-развлекательные мероприятия.

Основой реализации мероприятий по улучшению условий труда послужили результаты проведенной аттестации рабочих мест. Выявленные нарушения были отражены в соответствующем внутриучрежденческом приказе. В числе первоочередных мероприятий была проведена замена старого и закупка нового оборудования; ревизия, а в некоторых блоках замена системы вентиляции и кондиционирования воздуха; установлены дополнительные источники искусственного освещения на рабочих местах; рациональное размещение рабочих мест с ПЭВМ, а в некоторых кабинетах их перепланировка, пересмотрены списки сотрудников, имеющих право на доплаты к должностному окладу, сокращение часовой нагрузки и увеличение продолжительности очередного отпуска. Кроме того, в целях снижения напряженности труда персонала по всей боль-

нице была введена электронная форма ведения документации.

В числе мероприятий по социально-экономическому развитию медицинского персонала больницы была разработана система пропорционального распределения фонда дополнительной оплаты труда между различными подразделениями больницы. Данный фонд формируется за счет оказания платных медицинских услуг населению, проведения углубленных медицинских осмотров декретированных контингентов, медицинских осмотров дополнительной диспансеризации работающих граждан, а также за счет оказания высокотехнологичной медицинской помощи. Распределение денежных средств на дополнительную оплату труда производится ежемесячно с учетом индивидуального вклада работников, участвующих в процессе оказания медицинских услуг по одному из вышеперечисленных направлений медицинской помощи.

В числе стимулирующих выплат производится премирование в соответствии с балльной оценкой по критериям качества, разработанным отдельно для врачебного и сестринского персонала хирургического, терапевтического, параклинического профиля и вспомогательных подразделений больницы. Сумма средств, направленная на премирование структурного подразделения больницы, распределяется с учетом выполнения плановых показателей. Решение о распределении дополнительной оплаты труда между сотрудниками осуществляется непосредственно в подразделениях больницы, где налажен учёт оказанных услуг, и принимается коллегиально с обязательным присутствием заведующего отделением, старшей медсестры, лидера профсоюзной группы. Руководители отделений и служб несут ответственность за обоснованное распределение премий в своих подразделениях.

Таким образом, разработанная в учреждении система материального стимулирования, соответствует основным принципам трудового законодательства: объективность, справедливость, прозрачность, простота исчисления.

Мероприятия по повышению организационной культуры коллектива предусматривали совершенствование воспитательной работы при помощи системы наставничества, развитие мотивационных установок на повышение ответственности за результаты и качество труда, за сохранение и укрепление собственного здоровья, повышение информированности медицинского персонала и вовлечение его в систему управления, что способствует раскрытию творческого потенциала, созданию атмосферы сотрудничества и инициативы, благоприятных межличностных отношений в коллективах, учету ин-

тересов, мнений и идей работников.

Оценка медико-социального эффекта от реализации программных мероприятий за 3 года проводилась на основе анализа промежуточных результатов. В частности, к 2009 г. прирост числа медицинских работников, получивших лечение в подразделениях больницы, составил 58,6%. Количество сотрудников, посещающих тематические школы здоровья, возросло на 18,7%, спортивно-оздоровительные секции – на 53,4%. Число случаев временной нетрудоспособности снизилось на 6,7%, дней ВН – на 39,7%, в результате средняя продолжительность одного случая ВН сократилась с 18,2 (2006 г.) до 11,2 дней (2009 г.). Темп прироста среднего уровня заработной платы составил для врачей - 60,7%, для сестринского персонала - 88,2%. Частота случаев увольнений по собственному желанию сократилась среди врачей в 1,6 раза, среди медработников среднего звена – в 1,2 раза, среди младшего медперсонала – в 1,5 раза.

Положительная динамика ряда определяющих показателей свидетельствует о наличии очевидных позитивных сдвигов как в вопросах охраны здоровья и обеспечения безопасности труда медицинского персонала, так и в отношении экономического и профессионального развития кадров крупной многопрофильной больницы.

## **ВЫВОДЫ**

1. Демографические и социально-экономические параметры жизни наиболее оптимальны для реализации производственного потенциала среди работников хирургических подразделений, но факторы риска образа жизни одинаково распространены среди специалистов различного профиля: нерегулярное питание выявлено у 63,9%, ночной сон менее 6-ти часов - у 12,4%, курит 37,9% мужчин и 9,5% женщин, привержены к самолечению - 86,0% врачей и 68,5% медсестер, к злоупотреблению лекарствами - 23,8% врачей и 34,8% медсестер.

2. По сведениям саморегистрации на каждого медицинского работника в среднем приходится 2 заболевания в год, из них в связи с временной нетрудоспособностью официально регистрируется только 21,9% случаев. В числе неучтенной заболеваемости значительная часть болезней органов дыхания, пищеварения, мочеполовой и костно-мышечной системы, кожи и подкожной клетчатки.

3. По данным медицинских осмотров дополнительной диспансеризации, количество медработников с хроническими заболеваниями составило 57,4 на 100 осмотренных, по количеству диагностированных болезней лидируют женщины-врачи и меди-

цинский персонал терапевтической клиники, в структуре выявленной патологии преобладают классы болезней системы кровообращения, органов дыхания и пищеварения, костно-мышечной системы и соединительной ткани, глаза и его придаточного аппарата.

4. По результатам аттестации рабочих мест у 46,8% медработников условия труда соответствуют 3 классу 2 и 3 степени вредности, т.е. среди них возможно развитие профессиональных болезней, в то же время выявлена низкая осведомленность персонала о присутствии и воздействии вредных химических и биологических факторов

5. Эффективность комплекса лечебно-профилактических и информационно-образовательных мероприятий, осуществляемых в рамках программы мониторинга состояния здоровья медицинского персонала больницы, подтверждает снижение за 3 года числа случаев на 6,7% и дней временной нетрудоспособности на 39,7%. Численность сотрудников, получивших лечение в подразделениях больницы возросла на 58,6%, посещаемость тематических школ здоровья - на 18,7%, занятий в физкультурно-оздоровительном центре больницы – на 53,4%.

6. Реализация мероприятий по социально-экономическому развитию медицинских кадров, оптимизации условий труда и повышению уровня организационной культуры коллектива позволила к 2009 г. увеличить средний уровень заработной платы врачей – на 60,7%, сестринского персонала – на 88,2%, а также сократить текучесть врачебных кадров на 36,2% и сестринских - на 17,5%.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. Органам управления здравоохранением рекомендуется:

- рассмотреть вопрос о введении в штатное расписание лечебно-профилактических учреждений должности доверенного (цехового) врача из расчета 1 должность на учреждение с численностью работающих 1500 - 2000 человек; для менее мощных медицинских организаций целесообразно введение 1 должности доверенного врача - на несколько учреждений, с их объединением в один участок по принципу территориальной близости, соподчиненности и наличия в одном из учреждений достаточной лечебно-диагностической базы для оказания сотрудникам комплексной медицинской помощи;

- разработать единую должностную инструкцию доверенного (цехового) врача для лечебно-профилактических учреждений с обязательным включением сле-

дующих функциональных обязанностей: учет и анализ показателей здоровья медицинских работников, контроль полноты и качества проведения медицинских осмотров, отбор контингентов и контроль эффективности диспансеризации, разработка индивидуальных программ реабилитации, обновление информации электронной базы данных о состоянии здоровья сотрудников, организация и проведение «Школ здоровья» для медработников, информирование сотрудников о результатах аттестации рабочих мест по условиям труда.

2. Руководству и профсоюзным организациям лечебно-профилактических учреждений рекомендуется:

- создать в учреждении единую электронную базу данных о сотрудниках на основе сведений медицинских осмотров, обращений к доверенному врачу, отдела кадров, профсоюзного комитета и службы охраны труда, предусмотрев систему защиты и ограничения доступа к персонифицированной информации;

- использовать систему пропорционального распределения фонда дополнительной оплаты труда между различными подразделениями учреждения с учетом индивидуального трудового вклада каждого сотрудника и обязательным включением перечня стимулирующих выплат в трудовой договор;

- для сокращения временных и материальных затрат при проведении аттестации рабочих мест по условиям труда в крупных медицинских учреждениях на подготовительном этапе использовать выборочный метод при составлении перечня рабочих мест, подлежащих экспертной оценке;

- организовать систему льготной (бесплатной) лечебно-диагностической и восстановительно-оздоровительной помощи сотрудникам с максимальным использованием ресурсов собственного медицинского учреждения;

- проводить информационно-обучающие мероприятия для медицинского персонала учреждения в рамках тематических «Школ здоровья» с применением предложенных методов стимулирования посещаемости занятий;

- информировать сотрудников об итогах аттестации рабочих мест по условиям труда, регулярно проводить обучение медицинского персонала основам профессиональной патологии и гигиены, методам охраны здоровья в условиях воздействия вредных производственных факторов и предохранения от производственных травм;

- разработать систему мероприятий по повышению организационной культуры коллектива, вовлечению сотрудников в систему управления, созданию атмосферы сотрудничества, инициативы и эффективного взаимодействия подразделений;

- регулярно проводить мониторинг мнения медицинского персонала об условиях организации труда, распределения фонда заработной платы в учреждении, удовлетворенности медико-социальным обеспечением сотрудников.

### **СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

**1. Сутырина О.М. Динамика кадрового обеспечения учреждений здравоохранения (по материалам Нижегородской области) / М.С. Гурьянов, И.А. Камаев, Н.И. Гурвич, О.М. Сутырина // Вестник Российского Университета дружбы народов. – 2008. - № 7. - С. 227-233.**

**2. Сутырина О.М. Социально-психологические факторы формирования здоровья медицинских работников / М.С. Гурьянов, И.А. Камаев, Н.И. Гурвич, О.М. Сутырина // Вестник Российского Университета дружбы народов. - 2008. - № 7. - С. 233-240.**

**3. Сутырина О.М. Характеристика кадрового обеспечения приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения (по материалам Нижегородской области) / М.С. Гурьянов, И.А. Камаев, О.М. Сутырина, Н.И. Гурвич // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2009. – № 1. - С. 69-74.**

4. Сутырина О.М. Заболеваемость медработников крупного многопрофильного стационара по данным саморегистрации / И.А. Камаев, О.М. Сутырина // Социально-гигиенический мониторинг здоровья населения: сборник научных трудов. - Рязань, 2010. - Вып. 14. - С. 200-203.

5. Сутырина О.М. Заболеваемость медперсонала крупного многопрофильного стационара по данным медосмотров дополнительной диспансеризации / О.М. Сутырина, И.А. Камаев // Социально-гигиенический мониторинг здоровья населения: сборник научных трудов. - Рязань, 2010. - Вып. 14. - С. 245-248.

6. Сутырина О.М. Некоторые аспекты состояния здоровья медработников крупного многопрофильного стационара / И.А. Камаев, О.М. Сутырина // Сборник материалов Республиканской конференции молодых ученых Республики Башкортостан с международным участием «Медицинская Наука - 2010», посвященной Году республики, Дню Медицинского работника. – Уфа: ГОУ ВПО БГМУ, 2010. - С. 118-119.

7. Сутырина О.М. Пути совершенствования системы охраны здоровья медицинских кадров многопрофильной больницы / И.А. Камаев, О.М. Сутырина, Н.И. Гурвич // Общественное здоровье: правовые, экономические и организационные аспекты модернизации здравоохранения Российской Федерации: сборник материалов. - Новосибирск: Сибмедиздат НГМУ, 2010. - С. 282-285.

8. Сутырина О.М. Оплата труда медицинских работников в современных условиях: учебно-методическое пособие / О.М. Сутырина, И.А. Камаев, Н.И. Гурвич, М.С.Гурьянов - Н.Новгород, 2011. - 73 с.

9. Сутырина О.М. Организация комплекса диагностических и лечебно-профилактических мероприятий для медицинского персонала в условиях областной больницы / О.М. Сутырина, И.А. Камаев, Н.И. Гурвич // Актуальные проблемы управления здоровьем населения: сборник научных трудов с международным участием. – Вып. IV. – Н. Новгород, 2011. - С. 219-222.

10. Сутырина О.М. Система мероприятий по социально- экономическому развитию медицинского персонала в рамках деятельности областной клинической больницы / О.М. Сутырина, И.А. Камаев, Н.И. Гурвич // Актуальные проблемы управления здоровьем населения: сборник научных трудов с международным участием. – Вып. IV. – Н. Новгород, 2011. - С. 215-219.

#### Список сокращений

ГУЗ НОКБ им. Н.А.Семашко - Государственное учреждение здравоохранения Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А.Семашко

ВН - временная нетрудоспособность

ЛПУ - лечебно-профилактическое учреждение

НИР - научно-исследовательские работы

ГОУ ВПО НижГМА Минздравсоцразвития РФ – Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Нижегородская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития РФ»

ФПКВ – факультет повышения квалификации врачей