

На правах рукописи

Сидельников Сергей Алексеевич

**НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ОПТИМИЗАЦИИ
МЕЖСЕКТОРАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ
ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ**

14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание учёной степени
доктора медицинских наук

Москва – 2019

Работа выполнена в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России)

Научный консультант:

доктор медицинских наук, профессор

Коршевер Натан Григорьевич

Официальные оппоненты:

Лучкевич Владимир Станиславович – доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный деятель науки РФ, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО «Северо-Западный ГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России); кафедра общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением, профессор кафедры

Амлаев Карэн Робертович – доктор медицинских наук, доцент, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ставропольский государственный медицинский университет» (ФГБОУ ВО «Ставропольский ГМУ» Минздрава России); кафедра общественного здоровья и здравоохранения, медицинской профилактики и информатики с курсом дополнительного профессионального образования, заведующий кафедрой; проректор по международной и межрегиональной деятельности

Шарафутдинова Назира Хамзиновна – доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО «БГМУ» Минздрава России); кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом института дополнительного профессионального образования, заведующий кафедрой

Ведущая организация:

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов» Министерства образования и науки Российской Федерации

Защита состоится « » 2019 года в 14.00 часов на заседании диссертационного совета Д 208.040.02 при ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) по адресу: 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 1, Научно-исследовательский центр.

С диссертацией можно ознакомиться в Центральной научной медицинской библиотеке ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) по адресу: 119034, г. Москва, Зубовский бул., д. 37/1 и на сайте организации <https://www.sechenov.ru>.

Автореферат разослан « » 2019 г.

Ученый секретарь диссертационного совета Д 208.040.02

доктор медицинских наук,
профессор

Манерова Ольга Александровна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования

В майском (2018 г.) и февральском (2019 г.) посланиях Федеральному собранию Президент России отметил, что «роль позиции государства в современном мире определяют не только и не столько природные ресурсы, производственные мощности, а прежде всего люди. Поэтому в основе всего лежит сбережение народа России и благополучие наших граждан. Именно здесь нам нужно совершить решительный прорыв». Это нашло отражение в Указе Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года», паспортах национальных проектов, которые были утверждены на заседании президиума Совета при Президенте России по стратегическому развитию и национальным проектам 24 декабря 2018 г., и имеет непосредственное отношение к решению проблемы охраны здоровья населения. Данная проблема является одной из важнейших в любом государстве. Мировой опыт и материалы Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) свидетельствуют о том, что базис её решения – «межсекторальное взаимодействие» или «сотрудничество», предполагающее целенаправленное воздействие различных секторов государства и общества на детерминанты здоровья. Соответствующие принципиальные положения представлены в ряде проблемных публикаций (Аделаидское... 2010; Амлаев К.Р., 2010; Развитие... 2015; Содействие... 2015; Амлаев К.Р., Хорошилова Е.Ю., 2018; Решетников А.В., 2018; The Ottawa... 1986; The Bangkok... 2005; Human... 2010; A scoping... 2012; Kang E., 2016; McDauid D., Park A-L., 2016, и др.).

Целесообразность межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения получила признание и за рубежом, и в нашей стране. Так, Федеральным законом РФ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статьёй 2 установлено, что «охрана здоровья граждан – система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, осуществляемых органами государственной власти РФ, органами

государственной власти субъектов РФ, органами местного самоуправления, организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи». Аналогичное положение было представлено ещё в Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-І.

Степень научной разработанности проблемы

Во-первых, несмотря на такое признание, преимущества межсекторального взаимодействия над «традиционной» системой, когда за решение проблемы охраны здоровья населения в основном отвечают медицинские работники, требуют более предметного доказательства.

Во-вторых, реализация многих положений рассматриваемого межсекторального взаимодействия в значительной степени носит декларативный характер. По всей вероятности, это обусловлено рядом причин, из которых одной из определяющих является то, что существует дисбаланс между запросами повседневной практики и недостатками используемых научных оснований.

Не обоснована методологическая база исследования и осуществления межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения – обычно реализуется только аналитический подход.

Не получили содержательного наполнения основные категории, прописанные в документах ВОЗ, в частности не определены перечень, значимость и удельный вес деятельности заинтересованных секторов, принимающих участие в функционировании системы межсекторального взаимодействия, а также мер политического, экономического и другого характера, не оценена соответствующая деятельность различных должностных лиц, не установлены направления и значимость взаимодействия заинтересованных секторов, что существенно затрудняет институализацию, то есть упорядочение, формализацию, стандартизацию связей, норм, правил, отношений в рассматриваемом процессе и эффективность управления им. Как правило, в регионах формируются и

осуществляются ведомственные программы и проекты, а если они и являются межведомственными, то количество ключевых партнеров ограничено.

Анализ литературы свидетельствует о том, что существенное внимание уделяется детерминантам здоровья. Особенно значимы работы Ю.П. Лисицына (1989; 1992; 1998; 2011; 2012), уже признанные классическими, а также исследования других отечественных и зарубежных учёных (Работа по охране... 1999; Амлаев К.Р., 2010; Социальные... 2010; Панова Л.В., 2013; Тюрин А.В., 2018; Лебедева-Несевря Н.А., 2014; Обзор... 2014; Киселёва Л.С., 2016; Самородская И.В., Семёнов В.Ю., Бойцов С.А., 2018; Whitehead M., Dahlgren G., 1991; Bartley M., 1997; Closing... 2008; A conceptual... 2010; Human Development... 2016). Функционирует специальная Комиссия ВОЗ по социальным детерминантам здоровья. При этом в указанных работах часто анализировались группы детерминант – реализовался интегративный подход. В то же время каждая группа включает достаточно обширный перечень факторов. Более того, различные авторы целенаправленно рассматривали или только отдельные группы детерминант, или некоторые детерминанты, не анализируя другие. Целесообразно определить как можно больший спектр детерминант здоровья и значимость каждой из них, а также их особенности в конкретном регионе, например, характеристику составляющих образа жизни. Необходим учёт и экономических, и социально-демографических особенностей территориального образования.

Одним из основных принципов охраны здоровья населения является приоритет профилактики, в том числе в медицинских организациях. В субъектах Российской Федерации функционируют специально созданные организации (республиканские и областные центры медицинской профилактики, центры здоровья), сформирована адекватная нормативная правовая база, результаты исследования профилактической работы нашли отражение в научной литературе. Вместе с тем, как правило, рассматриваются вопросы профилактики конкретных заболеваний, а её организация, состояние, в том числе на региональном уровне, изучены недостаточно (Магомедова С.А. 2012; Магомедова С.А., Ильинцев Е.В., 2012; Юдин С.А., 2014; Организация, методы... 2016; Хайруллина А.Р.,

Байрамгулова Г.Р., 2017; Полунина Н.В., Пивоваров Ю.П., Милушкина О.Ю., 2018). По-видимому, восполнение этого пробела позволит получить более полное представление об осуществлении рассматриваемого межсекторального взаимодействия.

Эффективность межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения во многом зависит от объективности используемой информации, в том числе о состоянии медико-демографических показателей, заболеваемости, инвалидности, физического развития. Значительная часть такого информационного ресурса представляется руководителями здравоохранения, деятельность которых нашла отражение в научных публикациях, однако процесс осуществления её статистического анализа и готовности к его проведению исследован недостаточно (Медицинская статистика... 2005; Бутарева М.М., Мартынов А.А., Мелехина Л.Е., 2012; Какорина Е.П., Огрызко Е.В., 2012). Аналогичное положение и с доказательной практикой (Ступаков И.Н., Самородская И.В., 2007; Власов В.В., 2014; Реброва О.Ю., Ракина Е.А., 2014; Self-perception... 2016). Именно поэтому есть необходимость в проведении анализа знаний руководителей здравоохранения по статистике и доказательной медицине и их использования в практической деятельности.

Важным аспектом профессионального обеспечения осуществления межсекторального взаимодействия в области охраны здоровья также является подготовка компетентных кадров, владеющих технологиями, адаптированными к условиям страны и конкретного региона. Это особенно касается представителей сектора «здравоохранение», которые в силу своего специального образования должны играть доминирующую роль в решении рассматриваемой проблемы (в том числе профессиональной подготовке ответственных представителей других секторов). Вместе с тем практика дополнительного профессионального образования свидетельствует о том, что хотя как в образовательных стандартах по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье», так и разрабатываемых на их базе учебно-методических материалах организационных кафедр медицинских образовательных организаций высшего образования вопросы охраны здоровья населения представлены, но соответствующего

межсекторального взаимодействия непосредственно не касаются. При целенаправленном изучении данной проблемы с последующим её решением в практической деятельности целесообразно реализовать компетентностный подход (Зими́на Е.И., Горькова Т.Ю., 2010; Ясько Б.А., 2011; Аверина Е.А., 2012; Богдан Н.Н., 2012; Каспрук Л.И., Белов И.П., Кисловец О.В., 2012; Концептуальные... 2013; Сибурина Т.А., Князев А.А., 2013; Найговзина Н.Б., Конаныхина А.К., Кочубей А.В., 2016; Решетников В.А., Коршевер Н.Г., Доровская А.И., 2016; Overview... 2010) с учётом как конкретных компетенций, так и позиций рубрик их формирования: «знать», «уметь» и «владеть» (в профессиональном стандарте они определены как «необходимые знания», «необходимые умения» и «трудовые действия»).

Недостаточная реализация межсекторального взаимодействия не способствует должному улучшению состояния здоровья населения России, которое, несмотря на положительные тенденции уровней рождаемости, смертности, продолжительности предстоящей жизни и других показателей тем не менее хуже, чем в других развитых государствах, и нуждается в оптимизации (Скворцова В.И., 2017; 2018). Целесообразно спроектировать соответствующую технологию оптимизации.

С позиций оптимизации межсекторального взаимодействия важно установить возможное влияние каждого заинтересованного сектора на каждую детерминанту здоровья. В таком контексте данный вопрос не анализировался, с одной стороны.

С другой стороны, известно, что целенаправленная оптимизация любого процесса, в том числе в области охраны здоровья населения, возможна на базе его оценки (Гречишников А.В., 2010; Байтуров О.Р., Еругина М.В., Коршевер Н.Г., 2011; Князюк Н.Ф., Кицул И.С., 2013; Завалёва Е.В., 2016, Улумбекова Г.Э., Гинойян А.Б., Калашникова А.В., 2016; Доровская А.И., 2017 и др.). Анализ литературы свидетельствует о том, что использование оценочных процедур, измерительного инструментария в рассматриваемой проблемной области ограничивается выявлением влияния на здоровье отдельных заявок, проектов, программ, планов (Оценка воздействия... 2005; Scott-Samuel A., Birley M.,

Ardern K., 2001; Neuss H., 2002; Ison E., 2000; 2005). Однако есть необходимость всесторонне оценить текущее состояние межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения. В связи с тем, что процесс применения такого способа – непростой (будет использоваться достаточно большой набор информативных показателей, характеризующих деятельность не одного, а ряда заинтересованных секторов), целесообразно его автоматизировать.

Конструирование критериально-диагностического аппарата позволит целенаправленно осуществлять мероприятия оптимизации межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения в рамках спроектированной авторской технологии, которая должна носить стратегический характер, имея в виду, что предполагается достижение сложной цели, эффективное использование наличных ресурсов, в частности, когда их недостаточно, последовательная реализация системы поиска, формулирования и развития, которая обеспечит долгосрочный успех (Квинт В.Л., 2012).

Перечисленные обстоятельства определили **цель исследования**, которая заключается в обосновании механизма решения проблемы охраны здоровья населения на региональном уровне путём разработки технологии оптимизации межсекторального взаимодействия.

Для достижения поставленной цели решены следующие **задачи исследования**:

1. Провести теоретико-методологический анализ отечественного и зарубежного опыта исследования проблемы межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения.

2. Проанализировать состояние среды обитания, здоровья, образа жизни населения Саратовской области, профилактической работы, межсекторального взаимодействия по охране здоровья, профессионального обеспечения ответственных исполнителей заинтересованных секторов.

3. Провести сравнительный анализ двух систем осуществления охраны здоровья населения – межсекторального взаимодействия и традиционной, когда за решение данной проблемы в основном отвечают медицинские работники.

4. Установить секторы, заинтересованные в охране здоровья населения в субъекте Российской Федерации, их значимость и меру участия, проанализировать их взаимодействие.

5. Определить и структурировать перечень, значимость и меру влияния детерминант здоровья, исследовать возможное воздействие каждого из заинтересованных секторов на каждую детерминанту здоровья.

6. Обосновать содержание профессиональной подготовки участников межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения, определить компетенции и позиции их сформированности.

7. Сконструировать автоматизированный критериально-диагностический аппарат оценки успешности межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения в территориальном образовании, установить значимость воздействия заинтересованных секторов на информативные показатели.

8. Спроектировать и апробировать технологию оптимизации функционирования системы межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения, обосновать перспективы развития.

Научная новизна исследования заключается в том, что в нём впервые:

- обоснована концептуальная характеристика программы исследования межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения на региональном уровне, методологической базой которой служат принципы и положения теорий систем, управления, графов и принятия решений;

- осуществлён критический анализ, выявлены проблемные зоны и определена целесообразность оптимизации среды обитания, показателей состояния здоровья, образа жизни населения, осуществления мероприятий профилактической работы (её организации, первичной, вторичной и третичной профилактики, деятельности соответствующих кабинетов или отделений медицинских организаций), целенаправленной профессиональной подготовки ответственных исполнителей заинтересованных структур, практической реализации возможностей статистики и доказательной медицины, деятельности межведомственных координационных советов (по соблюдению здорового образа

жизни, демографической политике) и исполнения государственных программ по охране здоровья населения субъекта Российской Федерации;

– по 13 показателям организации и 24 направлениям практического осуществления охраны здоровья населения представлены доказательства преимущества межсекторального взаимодействия над традиционным подходом (занимаются и отвечают медицинские работники); выявлены причины, мешающие реализации межсекторального взаимодействия, в частности дисбаланс между запросами повседневной практики и используемым научным аппаратом;

– в ракурсе институционального пространства с учётом социально-экономических возможностей конкретного региона страны по-новому эксплицированы и систематизированы субъекты реализации функции охраны здоровья населения – установлены перечень из 23 заинтересованных секторов, их значимость (выделены 13 основных) и мера участия;

– исследовано с реализацией положений теории графов иерархическое взаимодействие секторов, заинтересованных в охране здоровья населения субъекта Российской Федерации, установлена и ранжирована значимость связей между ними;

– осуществлена структуризация широкого спектра из 37 детерминант здоровья – представлены четыре группы (образ жизни – 7, условия жизни и работы – 9, воздействующие на общество в широком смысле слова – 8, структурные показатели социально-экономического неравенства – 5) и внегрупповые (8), проведён сравнительный анализ их значимости и меры влияния;

– получены данные, количественно характеризующие значимость возможного воздействия конкретного сектора на каждую из учтённых 37 детерминант здоровья и перечня секторов, которые в наибольшей степени могут воздействовать на отдельную детерминанту, а также на информативные показатели межсекторального взаимодействия, раскрывают когерентность ресурсной базы различных структур государства и общества в аспекте их влияния на здоровье населения;

– путём реализации компетентностного подхода решены вопросы профессионального обеспечения участников межсекторального взаимодействия по

охране здоровья населения с доминированием роли руководителей здравоохранения – определены компетенции и позиции их сформированности по рубрикам «знать», «уметь» и «владеть» (или «необходимые знания», «необходимые умения» и «трудовые действия»);

– определены требования к конструированию способа оценки межсекторального взаимодействия в области охраны здоровья населения (многодисциплинарный характер; выявление неравенства в условиях для здоровья; системный характер; автоматизация, возможность определять целенаправленные корректирующие мероприятия и др.), на основе которых сконструирован и апробирован критериально-диагностический аппарат – теоретическая многовекторная модель (22 простых вектора и 16 сложных, состоящих из ряда информативных критериев), реализованная на базе машинной программы «1С: Предприятие» и формирующая многоуровневую (различных территориальных образований) иерархическую структуру диагностики в регионе;

– сформулированная дефиниция оптимизации межсекторального взаимодействия раскрывает её содержание как механизма, который функционирует в рамках спроектированной и успешно апробированной в организационном эксперименте авторской технологии путём реализации её определяющих, обоснованных в исследовании принципов (целенаправленности, системного подхода, дифференциации, динамичности, совершенствования механизмов анализа, гибкости, стратегического планирования, развития коммуникации, компетентности, демократизации), в адекватном нормативном правовом поле, с использованием современных средств, форм и методов охраны здоровья населения и профессиональной подготовки ответственных исполнителей, с учётом особенностей конкретного территориального образования, взаимодействия заинтересованных секторов, их влияния на детерминанты здоровья и информативные показатели многоуровневой иерархической структуры многовекторной диагностики с целью выбора таких управленческих решений, которые являются наиболее целесообразными с точки зрения достижения результата;

– в качестве перспективы развития межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения обосновано формирование единого информационного пространства данной системы.

Теоретическая и практическая значимость работы определяется тем, что:

– установлены перечни заинтересованных в охране здоровья населения секторов (их значимость и сила связи) и детерминант здоровья (структура и значимость), которые целесообразно использовать при организации и осуществлении межсекторального взаимодействия;

– выявлена необходимость оптимизации межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения на региональном уровне, что обусловлено недостаточно эффективной деятельностью межведомственных координационных советов, наличием проблемных зон в профилактической работе, профессиональной подготовке ответственных исполнителей заинтересованных секторов, научном обосновании этого процесса и негативным отражением на позитивной динамике показателей состояния здоровья и образа жизни населения.

– обоснование компетенций по вопросам межсекторального взаимодействия и позиций их сформированности по рубрикам «знать», «уметь» и «владеть» (или «необходимые знания», «необходимые умения» и «трудовые действия») даёт возможность их реализовать как для профессиональной переподготовки и усовершенствования руководителей здравоохранения, так и практического осуществления рассматриваемого процесса, в том числе осуществления профессиональной подготовки ответственных исполнителей других заинтересованных секторов;

– разработанный способ автоматизированной многовекторной оценки позволяет всесторонне характеризовать успешность межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения в одном и любом количестве территориальных образований, в том числе различного уровня, ранжировать их и указывать информативные векторы и критерии, обуславливающие ту или иную интегральную оценку;

– предложенная для практического использования технология оптимизации межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения даёт возможность повысить качество и эффективность функционирования данной системы путём целенаправленного формирования профилактических программ за счёт установленного возможного влияния каждого конкретного заинтересованного сектора на каждую из детерминант здоровья и перечня секторов, которые в наибольшей степени могут воздействовать на отдельную детерминанту, а также осуществления целенаправленной коррекции – воздействия на соответствующие информативные векторы и критерии, определившие результат автоматизированной многовекторной оценки, и динамического сопровождения этого процесса;

– обоснована необходимость в создании единого органа управления межсекторальным взаимодействием – межведомственного координационного совета по охране здоровья населения Саратовской области (вместо недостаточно эффективно функционирующих нескольких, наделённых разными полномочиями и включающих узкий круг исполнителей) и введении в его состав ответственных представителей от всех заинтересованных секторов.

Положения, выносимые на защиту:

1. Существующая система межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения на уровне региона нуждается в исследовании и оптимизации, так как во многом носит декларативный характер, научно не обоснована и не в полной мере отвечает требованиям современной практики – зафиксированы проблемные зоны среды обитания, негативные характеристики состояния здоровья жителей, образа их жизни, осуществления профилактической работы, профессионального обеспечения ответственных исполнителей, деятельности нескольких межведомственных координационных советов, реализации государственных программ.

2. Установление перечней заинтересованных секторов (их значимости, меры участия, связи) и детерминант здоровья (структуры, значимости, удельного веса влияния), возможного воздействия секторов на детерминанты позволяет решать задачи эффективного функционирования системы межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения.

3. Конструирование многовекторного автоматизированного способа интегральной оценки успешности межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения, базирующееся на обоснованных в исследовании требованиях, определении комплекса информативных векторов и критериев, их уровня, коэффициентов важности, модельных вариантов, даёт возможность организовать многоуровневую иерархическую структуру диагностики, показывать векторы и критерии, определившие конкретную оценку, то есть целенаправленно управлять данным процессом.

4. Оптимизация межсекторального взаимодействия как механизма решения проблемы охраны здоровья населения в субъекте Российской Федерации возможна в рамках реализации спроектированной технологии на основе ее определяющих принципов, учёта выявленных особенностей и недостатков функционирования рассматриваемой системы, установленного влияния заинтересованных секторов на детерминанты здоровья и информативные показатели автоматизированной многовекторной оценки, что позволяет целенаправленно формировать профилактические программы, осуществлять корректирующие мероприятия и динамическое сопровождение деятельности.

Личный вклад автора

Самостоятельно определено направление исследования, сформулированы его цели и задачи. Проанализировано 336 источника отечественной и зарубежной литературы, характеризующей исследование проблемы межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения. Лично разработана программа исследования, анкеты для руководителей медицинских организаций, экспертов и населения, проведены анкетирование респондентов, выкопировка данных служебной и медицинской документации, организационный эксперимент, аналитическая и статистическая обработка, научное обоснование и обобщение полученных результатов. Вклад автора также заключается в непосредственном участии на всех этапах исследования – от постановки задач до разработки технологии оптимизации межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения, обсуждении результатов в научных публикациях и докладах и их внедрении в практику.

Работа выполнена в рамках научно-исследовательской, опытно-конструкторской и технологической работы (НИОКТР) № АААА-А18-118092890026-8 от 24.11.2015 г. «Научно-организационные основания функционирования, автоматизированной оценки и стратегии оптимизации межсекторального взаимодействия по вопросам охраны здоровья населения в субъекте Российской Федерации», включённой в тематический план научно-исследовательской работы Саратовского государственного медицинского университета в рамках научных направлений СГМУ им. В.И. Разумовского (Профилактическая среда).

Внедрение результатов исследования

Результаты исследования используются при осуществлении мероприятий по охране здоровья населения Республики Марий Эл (акт внедрения № 1 от 20.06.2016 г.), Саратовской (акт внедрения № 21 от 11.07.2018 г.), Астраханской (акт внедрения № 17 от 20.03.2018 г.) областей и г. Новороссийска (акт внедрения № 19 от 16.08.2018 г.), в деятельности Саратовского отделения Общероссийского народного фронта (акт внедрения № 1 от 15.11.2018 г.), а также образовательном процессе ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ имени В.И. Разумовского» Минздрава России (акт внедрения № 595 от 25.03.2019 г.) и ФГБОУ ВО «Астраханский ГМУ» Минздрава России (акт внедрения № 437 от 17.04.2018 г.), доложены (тема доклада «Научное обоснование оптимизации охраны здоровья населения на региональном уровне») на заседаниях правительства Саратовской области (02.07.2018 г.), Саратовского отделения Общероссийского народного фронта (08.11.2018 г.), а также его итоговой (за 2018 г.) конференции (23.03.2019 г.).

В ходе выполнения организационного эксперимента руководством региона принято решение образовать обоснованный в исследовании единый межведомственный координационный совет при правительстве Саратовской области по демографической политике и укреплению общественного здоровья (исх. министерства здравоохранения Саратовской области от 19.04.2019 г. № 10-02-32/3649).

Степень достоверности и апробация результатов исследования

Теоретическая основа исследования построена на работах отечественных и зарубежных ученых, известных и проверяемых материалах и фактах, согласована с опубликованными данными по теме диссертации. Её идея базируется на обобщении передового опыта общественного здоровья и здравоохранения, а также на анализе доступной научной и статистической информации.

В работе использовано достаточное количество единиц наблюдения и применены современные методики сбора и обработки исходной информации. Достоверность результатов обусловлена также логичной схемой построения исследования, выбором методов исследования, полностью соответствующих цели и задачам работы, в том числе методов математической статистики, необходимых для адекватной интерпретации полученных результатов.

Основные положения и результаты диссертационного исследования доложены, обсуждены и одобрены на 36 международных и всероссийских конференциях: Межрегиональной научно-практической конференции «Совершенствование гражданской обороны в Астраханской области», Астрахань, 29 ноября 2012 г.; научно-практической конференции, посвящённой 100-летию организации общества рентгенологов Саратова «Поволжские чтения», Саратов, 28–29 ноября 2013 г.; Международной научно-практической интернет-конференции, посвящённой 90-летию кафедры организации здравоохранения, общественного здоровья и медицинского права «Проблемы и перспективы развития здравоохранения», Саратов, 25 октября 2013 г.; научно-практической конференции с международным участием «Организационные, правовые и экономические проблемы здравоохранения Российской Федерации и пути их решения», Новосибирск, 22 мая 2013 г.; межвузовской научно-практической конференции «Проблемы физкультурно-оздоровительной и спортивной работы в вузе», Саратов, 12 ноября 2013 г.; Всероссийской конференции с международным участием, посвящённой 90-летию кафедры общественного здоровья и здравоохранения, экономики здравоохранения «Состояние здоровья населения и перспективы развития здравоохранения России», Москва, 12 марта 2014 г.; III Всероссийской с международным участием научно-практической конференции «Интегративные исследования в медицине», Саратов,

15–16 мая 2014 г.; Международной научно-практической конференции «Информационные технологии в медицине и фармакологии», Ростов-на-Дону, 4 августа 2014 г.; Международной научно-практической конференции «Евразийский Союз Учёных», Москва, 25 июля 2014 г.; внутривузовской методической конференции «Методические принципы воспитательной работы в медицинском вузе», Саратов, 16 июня 2015 г.; Международной научно-практической конференции «Евразийский союз учёных», Москва, 21 декабря 2015 г.; XLI заочной научной конференции «International research journal», Екатеринбург, 25 августа 2015 г.; Международной научно-практической конференции «Закономерности и тенденции развития науки в современном обществе», Тюмень, 15 марта 2016 г.; VI Международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы науки XXI века», Москва, 30 января 2016 г.; 17-й Международной научно-практической мультидисциплинарной конференции «Национальная ассоциация ученых», Екатеринбург, 5–6 февраля 2016 г.; Международной научно-практической конференции «Новая наука: от идеи к результату», Сургут, 28 февраля 2016 г.; Международной научно-практической конференции «Современные научные исследования: теоретический и практический аспект», Уфа, 11 марта 2016 г.; XIX Международной научно-практической конференции «Роль науки в развитии социума: теоретические и практические аспекты», Екатеринбург, 8–9 апреля 2016 г.; XXI Международной научно-практической конференции «Интеллектуальный капитал и способы его применения», Новосибирск, 14 апреля 2016 г.; Международной научной конференции «Научные открытия», Москва, 14–15 октября 2016 г.; Международной научно-практической интернет-конференции «Развитие отечественной медицины: от земских традиций к цифровым инновациям», Саратов, 7 декабря 2016 г.; Международной научно-практической конференции «Современные технологии в мировом научном пространстве», Уфа, 25 июня 2017 г.; Международной научно-практической конференции «Проблемы современных интеграционных процессов и пути их решения», Уфа, 26 июня 2017 г.; III Международной научно-практической конференции «Европейские научные исследования», Пенза, 23 сентября 2017 г.; Всероссийской научно-практической конференции «Система подготовки медицинских кадров по вопросам медицинского

обеспечения населения в условиях чрезвычайных ситуаций», Москва, 4 октября 2017 г.; Международной научно-практической конференции «Взаимодействие науки и общества: проблемы и перспективы», Стерлитамак, 21 октября 2017 г.; IV Всероссийской с международным участием научно-практической конференции «Интегративные исследования в медицине», Саратов, 2 ноября 2017 г.; III Международной научно-практической конференции «Перспективы развития науки в современном мире», Астана, 6 ноября 2017 г.; Международной научной конференции «Медицина, фармацевтика, здоровье – 2017», Москва, 10 ноября 2017 г.; Международной научно-практической конференции «Роль образования и науки в развитии российского общества», Москва, 13 ноября 2017 г.; Международной научно-практической конференции «Инновационные подходы в решении проблем современного общества», Пенза, 27 мая 2018 г.; International Conference «Scientific research of the SCO countries: synergy and integration», Beijing, 25 December 2018; VII Международной научно-практической конференции «Современная наука: актуальные вопросы, достижения и инновации», Пенза, 5 июня 2019 г.

Соответствие диссертации паспорту специальности

Работа соответствует паспорту и формуле специальности 14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение, конкретно пунктам (областям исследования) 1, 2, 3, 8, 9.

Структура и объём диссертации

Диссертация изложена на 370 страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы, описания материалов и методов исследования, 4 глав результатов собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, который содержит 336 библиографических источника, в том числе 86 иностранных, 12 приложений. Работа иллюстрирована 33 таблицами, 26 рисунками, 12 скриншотами.

Публикации по теме диссертации

По теме диссертации опубликованы 77 печатных работ, в том числе 19 – в журналах, рекомендуемых ВАК Минобрнауки России, три монографии, учебное пособие.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Введение содержит сведения об актуальности темы, цель, задачи, обоснование научной новизны, теоретической и практической значимости исследования, основные положения, выносимые на защиту, данные об апробации и внедрении в практику полученных результатов.

В 1-й главе *«Теоретико-методологическое обоснование исследования проблемы межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения (обзор литературы)»* проведён теоретико-методологический анализ отечественного и зарубежного опыта исследования проблемы межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения как функции современного социального государства, то есть решалась **первая задача** работы. Результаты анализа подтвердили, что тема исследования актуальна, показали, что межсекторальное взаимодействие по охране здоровья населения на региональном уровне реализуется недостаточно, требует дальнейшего целенаправленного исследования и оптимизации с использованием методологических подходов, включающих принципы и положения теорий систем, управления, принятия решений и графов, позволили сформулировать цель и задачи работы.

Во 2-й главе *«Организация исследования, его материалы и методы»* представлена программа исследования (таблица 1).

Объекты исследования – руководители здравоохранения, эксперты, население, медицинские организации, система межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения на региональном уровне на примере Саратовской, Калининградской и Астраханской областей.

Предмет исследования – технология оптимизации межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения на региональном уровне.

Материалы и методы исследования

Работа осуществлялась на основе **методологической базы** теорий систем, управления, принятия решений и графов, определённой в обзоре литературы.

Таблица 1 – Программа исследования

Задачи	Методы	Источники и объём информации	Периодичность
1	2	3	4
1. Провести теоретико-методологический анализ отечественного и зарубежного опытов исследования проблемы межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения	Аналитический, нормативного правового мониторинга	336 публикаций, из которых 86 иностранных авторов. Нормативное правовое поле межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения	На протяжении всего периода исследования
2. Проанализировать состояние среды обитания, здоровья, образа жизни населения Саратовской области, профилактической работы, межсекторального взаимодействия по охране здоровья, профессионального обеспечения ответственных исполнителей заинтересованных секторов	Социологический, анализа служебной и медицинской документации, аналитический, графоаналитический, статистический	Интернет-ресурсы Федеральной службы государственной статистики, в том числе её территориального органа по Саратовской области, Министерства здравоохранения Российской Федерации, региональных правительства и парламента Доклады управления Роспотребнадзора по Саратовской области Документы областного центра медицинской профилактики, отчёты по формам 30 и 38-у медицинских организаций региона Планы и отчёты о деятельности межведомственных координационных советов Саратовской области по образу жизни и демографической политике, содержание и выполнение государственных программ Саратовской области Федеральные государственные образовательные стандарты по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье», соответствующих учебно-методических материалов организационных кафедр Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского 9260 анкет (население) 92 карты о состоянии профилактической работы в медицинских организациях Саратовской области Эксперты – 92 чел.	На протяжении всего периода исследования 2012–2017 гг. 2012–2018 гг. 2012–2018 гг. 2017 г.

Продолжение таблицы 1

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
3. Провести сравнительный анализ двух систем осуществления охраны здоровья населения – межсекторального взаимодействия и традиционной, когда за решение данной проблемы в основном отвечают медицинские работники	Социологический, аналитический, графоаналитический, статистический	Эксперты – 62 чел.	2015 г.
4. Установить секторы, заинтересованные в охране здоровья населения в субъекте Российской Федерации, их значимость и меру участия, проанализировать их взаимодействие	Социологический, аналитический, графоаналитический, статистический	453 анкеты (руководители здравоохранения) Эксперты – 44 чел.	2013–2015 гг.
5. Определить и структурировать перечень, значимость и меру влияния детерминант здоровья, исследовать возможное влияние каждого из заинтересованных секторов на каждую детерминанту здоровья	Социологический, аналитический, графоаналитический, статистический	453 анкеты (руководители здравоохранения) 496 анкет (население) Эксперты – 34 чел.	2013–2015 г.
6. Обосновать содержание профессиональной подготовки участников межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения, определить компетенции и позиции их сформированности	Социологический, аналитический, статистический	Эксперты – 39 чел	2017 г.

Окончание таблицы 1

1	2	3	4
7. Сконструировать автоматизированный критериально-диагностический аппарат оценки успешности межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения в территориальном образовании, установить значимость воздействия заинтересованных секторов на информативные показатели	Социологический, аналитический, графоаналитический, логический, аналогии, программирования, попарного сравнения	453 анкеты (руководители здравоохранения) Эксперты – 43 чел.	2014–2017 гг.
8. Спроектировать и апробировать технологию оптимизации функционирования системы межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения, обосновать перспективы развития	Социологический, аналитический, графоаналитический, логический, аналогии, организационного эксперимента	453 анкеты (руководители здравоохранения) Материалы предыдущих результатов исследования. 83 карты первичной оценки успешности межсекторального взаимодействия по охране здоровья руководителями здравоохранения (41 – Саратовская, 21 – Астраханская, 21 – Калининградская области), 32 – представителями заинтересованных секторов, 32 карты динамической оценки Саратовской области	2014–2019 гг.

В ходе выполнения диссертации использовались следующие **методы исследования**: аналитический; нормативно-правового мониторинга; графоаналитический; социологический; логический; аналогии; программирования; весовых коэффициентов (попарного сравнения); анализа служебной и медицинской документаций; моделирования; организационного эксперимента, статистический с реализацией расчетных задач на персональном компьютере.

Количественная репрезентативность выборки руководителей здравоохранения для анкетирования определялась по формуле В. Паниотто, В. Максименко, Н. Харченко (2004), качественная обеспечивалась реализацией способа случайного отбора.

При отборе экспертов (руководители здравоохранения Саратовской области, профессорско-преподавательский состав Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского), в том числе их минимально необходимого количества, реализованы следующие критерии: опыт профессиональной деятельности по специальности не менее 10 лет, компетентность – определялся совокупный коэффициент и степень согласованности мнений – с использованием коэффициента конкордации Кендалла (Эйтингон В.Н., Кравец М.А., Панкратова Н.П., 2004; Кошевой О.С., Голосова Е.С., Сеидов Ш.Г., 2012; Масленников В.Е., 2012; Решетников В.А., Коршевер Н.Г., Доровская А.И., 2015).

Автоматизация способа многовекторной оценки проводилась совместно с программистом на базе системной программы «1С: Предприятие».

Результаты исследования обработаны с помощью персональной ЭВМ (программный пакет Statistica) методами вариационной статистики с вычислением параметрического (Стьюдента) и непараметрического (Манна – Уитни) критериев различия, которые оценивали как статистически значимые при $p \leq 0,05$. Проверка соответствия формы реального распределения переменных нормальному (Гауса) осуществлялась с помощью теста Колмогорова – Смирнова.

Формат представления данных $M \pm \delta$ (M – средняя арифметическая, δ – среднее квадратическое отклонение); $M \pm m$; (m – ошибка средней); $P \pm m$ (P – относительная величина).

Анализируемые показатели оценивались по привычной 5-балльной шкале и специально разработанной 10-балльной шкале (более 7–10 баллов – имеет существенное значение; более 4–7 баллов – важное значение; более 1–4 баллов – имеет значение; 0–1 балл – не имеет значения), а также в процентах, промилле, продецимилле, просантимилле.

Проанализировано состояние среды обитания населения Саратовской области (решение **второй задачи** исследования). Установлено, что на фоне в целом положительной динамики основных показателей социально-экономического развития региона существует совокупность объектов, явлений и факторов (природных и искусственных) среды обитания, которые отрицательно отражаются на состоянии здоровья населения (отмечаются относительно низкая рождаемость и высокая смертность, отрицательный естественный прирост населения – рисунок 1, высокие уровни заболеваемости и инвалидности). Данные о состоянии здоровья населения отражены в 3-й главе *«Анализ работы по охране здоровья населения в Саратовской области»* – продолжение решения **второй задачи** исследования.

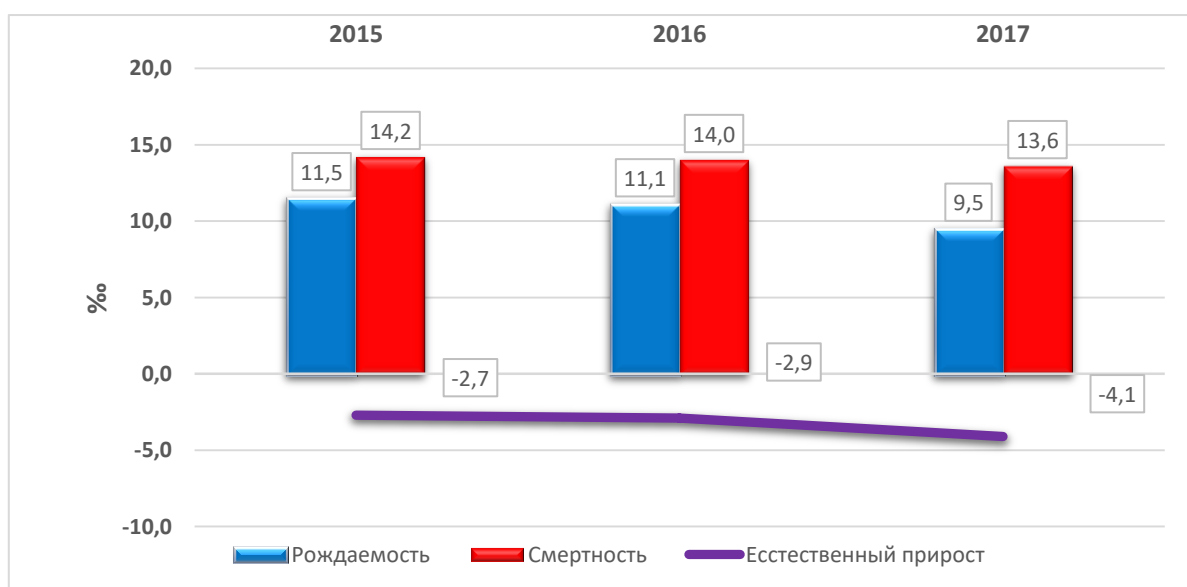


Рисунок 1 – Динамика смертности и рождаемости населения Саратовской области, ‰

Установлены негативные характеристики образа жизни населения (рисунок 2).

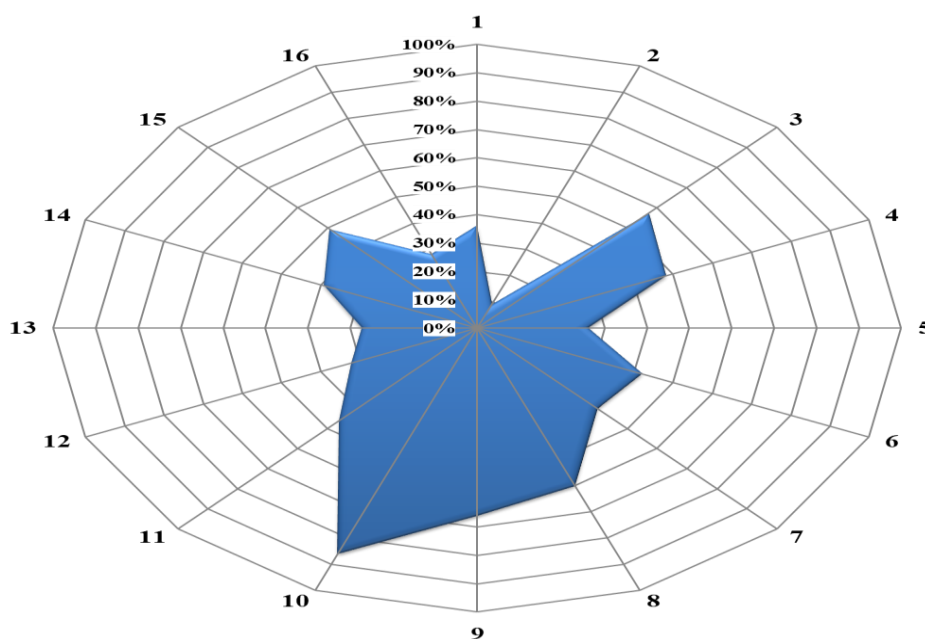


Рисунок 2 – Негативные характеристики образа жизни населения Саратовской области, % ответов:

1. Легко достать наркотики.
2. Настроены употреблять наркотики.
3. Нарушают режим питания.
4. Употребляют продукты, содержащие консерванты, красители и вкусовые добавки.
5. В рационе отсутствует достаточное количество овощей и фруктов.
6. Частое употребление жареной, солёной и острой пищи.
7. Избыточная и недостаточная масса тела.
8. Недостаточная физическая активность.
9. Не делают физическую зарядку.
10. В свободное время не занимаются физической культурой и спортом.
11. Отсутствует мотивация на занятия физической культурой, спортом, активным отдыхом.
12. Сон менее 6 часов.
13. Курят.
14. Ежедневно или еженедельно употребляют крепкие спиртные напитки.
15. Низкая медицинская активность.
16. Недостаточно осведомлены о заболеваниях, передающихся половым путём

В 92 медицинских организациях Саратовской губернии проанализировано состояние организации первичной, вторичной и третичной профилактики, деятельности соответствующих кабинетов (отделений) и выявлен ряд существенных недостатков. Эксперты оценили уровень осуществления профилактической работы в их медицинских организациях только на оценку «удовлетворительно», ряд характеристик – «неудовлетворительно».

Было установлено, что целенаправленная профессиональная подготовка участников межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения, в том числе сектора «здравоохранение», не осуществлялась.

Зафиксированы низкие уровни знаний руководителей здравоохранения по медицинской статистике и имеющей к ней прямое отношение доказательной медицине. Определён комплекс причин такого положения (табл. 2).

Таблица 2 – Причины недостаточной реализации методов статистики в деятельности руководителей здравоохранения, % ответов

Причины	%, $P \pm m$
Материалы, которые необходимо подвергать статическому анализу, часто не объективны (не соответствуют действительности), а значит, их статистический анализ для практики ничего не даёт	$56,3 \pm 5,2$
Низкая мотивация на использование статистических методов	$54,2 \pm 5,2$
Медики плохо знают математику, а следовательно, статистику	$37,5 \pm 5,0$
Статистический анализ может выявить нежелательные для спокойной работы результаты	$18,8 \pm 4,1$
Слабые знания статистики из-за низкого уровня преподавания в медицинских образовательных организациях высшего образования	$8,3 \pm 2,9$

Показано, что в ходе повышения квалификации по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье» такое положение может быть исправлено.

Проведён анализ деятельности межведомственных координационных советов (по формированию здорового образа жизни и демографической политике) и 17 государственных программ Саратовской области. Установлено:

- в деятельности межведомственных координационных советов принимают участие далеко не все заинтересованные структуры, а в реализации государственных программ – узкий спектр ответственных исполнителей (как правило, представляющих один сектор);
- взаимодействие между заинтересованными секторами, анализ состояния дел – недостаточные, научно обоснованный способ оценки не используется, что не способствует проведению целенаправленных корректирующих мероприятий;
- во многом совпадают как состав советов, в том числе – один (общий) председатель, так и заявленные задачи, которые охватывают и другие направления работы по охране здоровья населения;
- государственные программы не целенаправлены в отношении охраны здоровья населения (за исключением «Развитие здравоохранения ...»).

Сделано заключение о том, что целесообразно сформировать один межведомственный координационный совет по охране здоровья населения как орган управления межсекторальным взаимодействием, в состав которого включить ответственных представителей от всех заинтересованных секторов.

Глава 4 – «Обоснование функционирования системы межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения». Проведён сравнительный анализ двух подходов к осуществлению охраны здоровья населения – путём реализации систем межсекторального взаимодействия и традиционной, когда за решение данной проблемы в основном отвечают медицинские работники (сектор «здравоохранение») – **третья задача** исследования. Сравнение осуществлялось по двум группам показателей, обоснованных в работе. Первую составили действия по организации охраны здоровья населения (их 13), вторую – направления его практического осуществления (24). Доказаны статистически достоверные преимущества системы межсекторального взаимодействия. Они касаются всех показателей обеих групп.

Результаты исследования свидетельствуют о том, что, несмотря на преимущества системы межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения, её реализация пока недостаточная как на уровне страны, так и регионов, и муниципальных образований. Так считали не менее 84% экспертов – опытных врачей-организаторов.

Определены возможные причины такого положения, основные из них: отсутствие соответствующей мотивации исполнителей в заинтересованных структурах (1-е ранговое место); недостаточные научная разработка вопросов межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения и профессиональная подготовка исполнителей, а также неспособность отдельных руководителей заинтересованных структур принимать решения на организацию такого межсекторального взаимодействия (2–3–4-е ранговые места).

В связи с тем, что одной из основных причин, препятствующих реализации межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения, является дисбаланс между запросами повседневной практики и используемыми научными основаниями, то есть недостаточная разработка соответствующего научного

аппарата, 4–6-я главы исследования были посвящены ликвидации этого пробела. Так, в 4-й главе решалась и **четвёртая задача** работы – установить секторы, заинтересованные в охране здоровья населения в субъекте Российской Федерации, их значимость и меру участия, проанализировать их взаимодействие. Были установлены перечень из 23 заинтересованных секторов (рисунок 3).

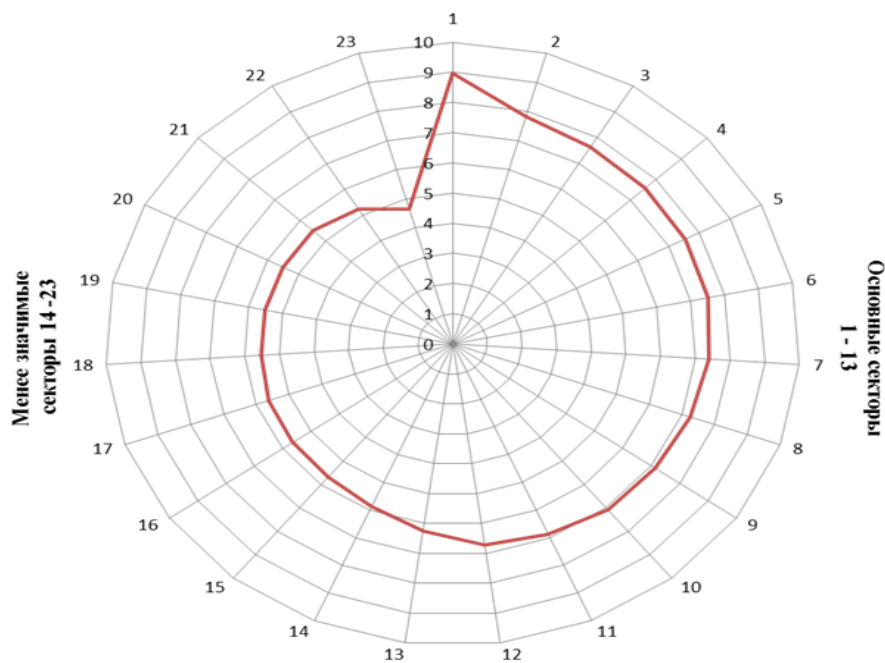


Рисунок 3 – Значимость заинтересованных в охране здоровья населения секторов, балл:

Основные секторы: здравоохранение; губернатор (аппарат губернатора), информация и печать; образование; экономическое развитие; региональный парламент; молодежная политика, физическая подготовка, спорт и туризм; Роспотребнадзор; финансы; обеспечение безопасности жизнедеятельности населения; охрана окружающей среды и природопользование; социальное развитие; занятость, труд и миграция).

Относительно менее значимые секторы: дорожное хозяйство и транспорт; промышленность и энергетика; строительство и жилищно-коммунальное хозяйство; органы внутренних дел и прокуратура; культура; сельское хозяйство; военный комиссариат; общественные организации; ветеринария; охотничье хозяйство и рыболовство

Были установлены 23 заинтересованных сектора (изначально рассматривался 41), из них 13 основных и 10 – относительно менее значимых.

Мера участия каждого из заинтересованных в работе по охране здоровья секторов в основном соответствовала их значимости. Наибольший удельный вес был у секторов «здравоохранение», «губернатор (аппарат губернатора)», «информация и печать», «региональный парламент», «образование» – от 18,42 до 6,36%.

Путём построения по матрице смежности вершин и рёбер неориентированного графа исследовано иерархическое взаимодействие секторов,

заинтересованных в охране здоровья населения, установлена и ранжирована значимость связей между ними (рисунок 4).

Наиболее высокие ранговые места (более 7 баллов – связь имеет существенное значение) занимают связи сектора «губернатор (аппарат губернатора)» с секторами «экономическим развитие», «здравоохранение», «Роспотребнадзор», «региональный парламент»; здравоохранения с Роспотребнадзором; экономического развития с финансами, охраной окружающей среды и природопользованием, обеспечением безопасности жизнедеятельности населения; Роспотребнадзора со здравоохранением и охраной окружающей среды и природопользованием.

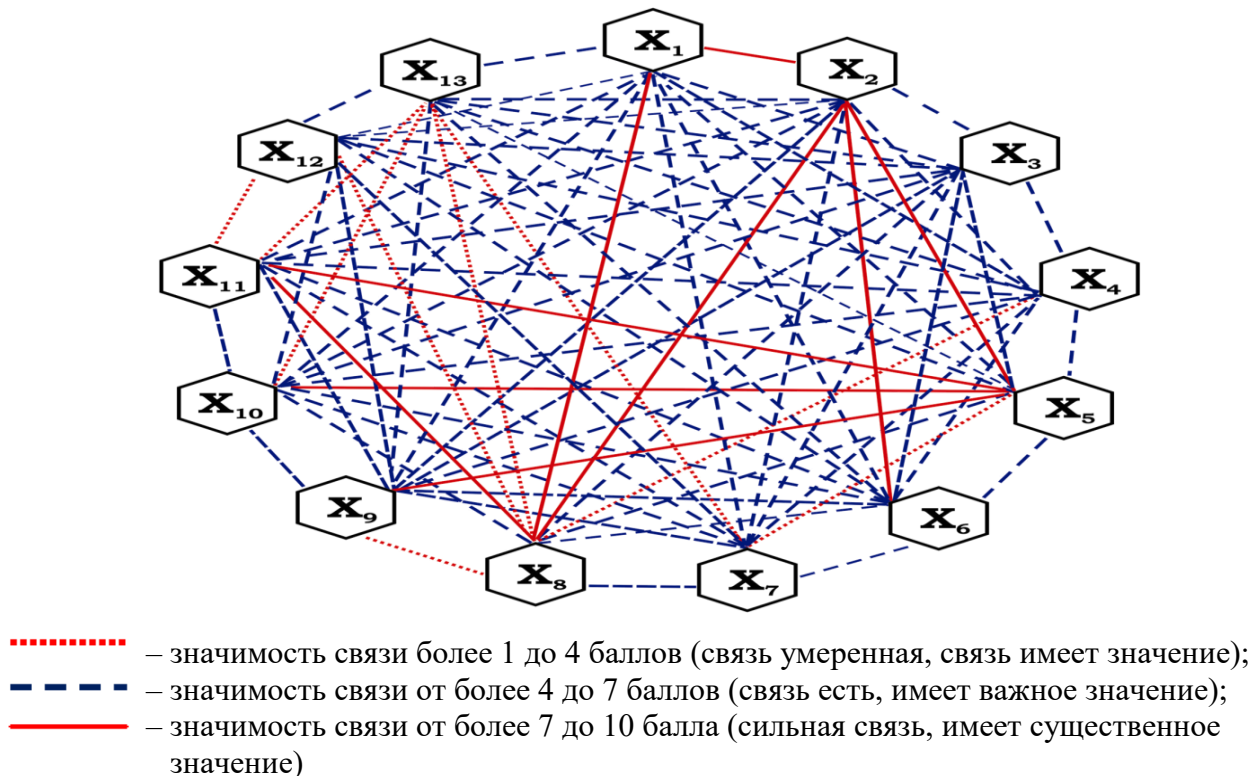


Рисунок 4 – Характеристика силы связи между основными заинтересованными секторами: x_1 – x_{13} – основные секторы (см. рисунок 3)

Учёт суммарной связи, установленной путём построения матрицы смежности, показал, что наиболее значимыми оказались следующие заинтересованные в охране здоровья секторы: на первом месте «губернатор (аппарат губернатора)» – 76,61 балла; на втором «здравоохранение» – 71,56; на третьем «экономическое развитие» – 68,96; на четвёртом – «региональный парламент» – 65,94; на пятом – «информация и печать» – 63,01.

Установленные заинтересованные в охране здоровья населения секторы должны осуществлять соответствующие мероприятия различного характера. Результаты проведённого анкетирования руководителей здравоохранения позволили установить значимость по 5-балльной шкале и удельный вес этих мер – наиболее значимы и составляют наибольший удельный вес экономические, медицинские и социальные меры. Вместе с тем целесообразно с позиций практической реализации определить конкретные направления и мероприятия соответствующей деятельности конкретных секторов, заинтересованных в охране здоровья населения. Поэтому перспективно, во-первых, обосновать как можно более полный спектр детерминант здоровья и, во-вторых, установить возможное воздействие каждого заинтересованного сектора на каждую детерминанту. Эти вопросы решались в рамках **пятой задачи** исследования.

Путём проведения анонимного анкетирования руководителей здравоохранения и немедицинских работников (населения) определена значимость и структурирован широкий спектр из 37 детерминант здоровья, которые представляют четыре группы: образ жизни – 7 составляющих; условия жизни и работы – 9; факторы, которые воздействуют на общество в широком смысле слова – 8; структурные показатели социально-экономического неравенства – 5, а также внегрупповые детерминанты – 8. Проведён сравнительный анализ их значимости (рисунок 5) и меры влияния.

Результаты исследования показали, что мера влияния группы «образ жизни», как и у Ю.П. Лисицына, имеет наибольший удельный вес ($p < 0,05$), но уже не 50–57, а 35,48%. В то же время учтены и доли других групп и внегрупповых детерминант, которые ранее не рассматривались. Так, практически равные места у групп «условия жизни и работы», «факторы, которые воздействуют на общество в широком смысле слова» и «структурные показатели социально-экономического неравенства» – 14,80 – 14,09 – 12,17% соответственно. Значимая доля и у внегрупповых детерминант – 23,46%. Каждая из установленного перечня детерминант здоровья занимает определённое место в структуре влияния на здоровье населения – получены данные о каждом факторе.

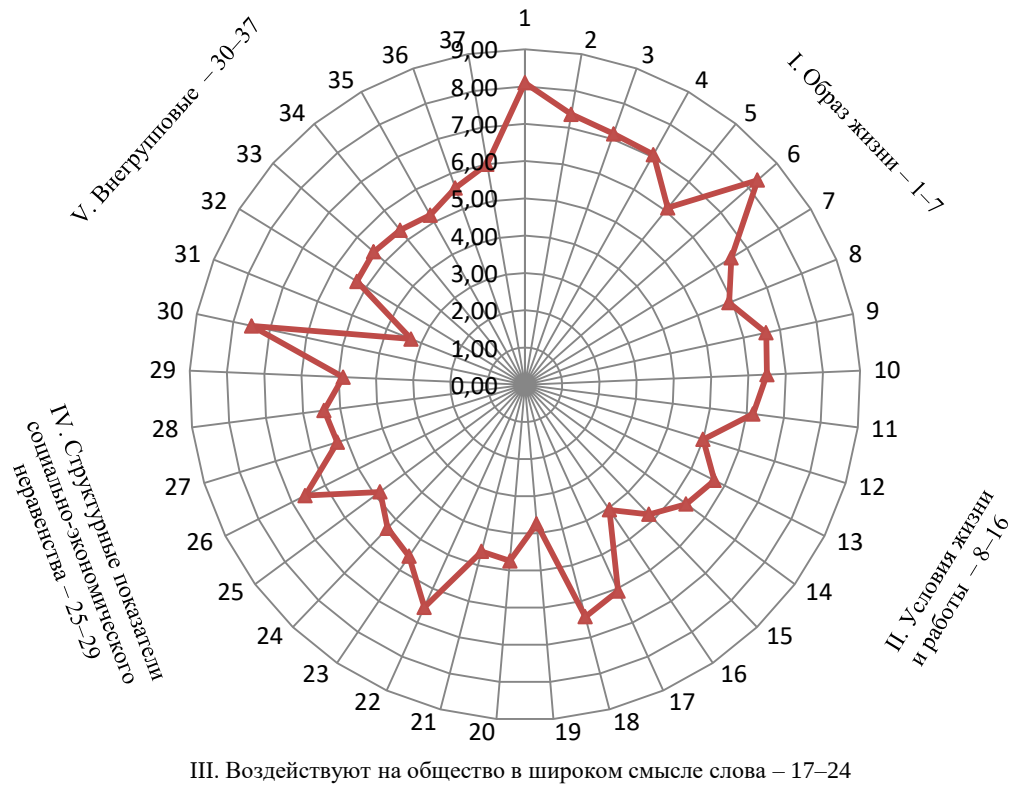


Рисунок 5 – Значимость детерминант здоровья:

1. Качество питания.
2. Физическая активность.
3. Курение.
4. Употребление алкоголя.
5. Сексуальное поведение.
6. Употребление наркотиков.
7. Медицинская активность.
8. Обеспеченность жильем, в том числе санитарно-гигиеническими условиями.
9. Условия работы, в том числе, санитарно-гигиенические.
10. Организация охраны труда.
11. Доступность услуг, в том числе, функционирование сети обслуживания жилого фонда.
12. Доступность необходимого уровня комфорта.
13. Возможности получения образования.
14. Транспортное обеспечение, в частности, состояние дорожно-транспортной сети и функционирование системы личного и общественного транспорта.
15. Устройство территории
16. Обеспечение социальных гарантий, в том числе для пенсионеров, лиц с ненадежной занятостью (включая безработных, неформальную занятость и работу по дому и по уходу), в таких особых ситуациях, как болезнь, инвалидность.
17. Ответственность власти за действия и справедливость в отношении здоровья населения.
18. Общие социально-экономические условия, в том числе финансирование мер по воздействию на социальные детерминанты здоровья и обеспечение справедливости в отношении здоровья для всех.
19. Участие населения в разработке связанных с политикой повесток дня и принятии решений, связанных со здоровьем.
20. Климат.
21. Погода.
22. Экологическая обстановка.
23. Работа средств массовой информации, в частности по вопросам гигиенического обучения и воспитания населения, пропаганды здорового образа жизни.
24. Состояние общественной безопасности и правопорядка.
25. Род занятий, в том числе положение в общественной иерархии.
26. Уровень дохода.
27. Место проживания.
28. Условия найма на работу и обеспечения достойной работой.
29. Социальная изоляция, прежде всего иммигрантов, национальных меньшинств, иностранных рабочих и беженцев, их детей (особая группа риска).
30. Наследственность.
31. Пол.
32. Возраст.
33. Индивидуально-психологические особенности личности.
34. Уровень образования (конкретного человека).
35. Уровень культуры (конкретного человека).
36. Система взаимоотношений между людьми, в том числе, в семье, с друзьями, ближайшим окружением, сослуживцами, помощь членов общества друг другу в неблагоприятных ситуациях.
37. Медицинское обслуживание – работа органов и учреждений здравоохранения

Получены данные, количественно характеризующие возможное воздействие конкретного сектора на каждую из учтённых детерминант здоровья и перечень

секторов, которые в наибольшей степени могут воздействовать на отдельную детерминанту – определена 851 позиция.

В процессе выполнения исследования решалась его **шестая задача** – обосновать содержание профессиональной подготовки участников межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения, определить компетенции и позиции их сформированности. Для первичной переподготовки и повышения квалификации руководителей здравоохранения были определены 6 компетенций и 32 позиции их сформированности по рубрикам «знать», «уметь» и «владеть» (или «необходимые знания», «необходимые умения» и «трудовые действия»), имеющих отношение к межсекторальному взаимодействию по охране здоровья населения.

В 5-й главе *«Разработка критериально-диагностического аппарата оценки успешности межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения»* (решение **седьмой задачи** исследования) обоснованы десять требований к конструированию соответствующего способа: межсекторальная основа; междисциплинарный и системный характер; использование количественных и качественных данных; чёткая градация каждого информативного показателя и определение степени его важности; интегральная оценка на основе модельных вариантов; выявление неравенства в условиях для здоровья; возможность определять целенаправленные корректирующие мероприятия; автоматизация.

Реализация этих требований позволила определить комплекс из 38 информативных векторов оценки. При этом 22 из них – простые, то есть каждый представляет из себя один показатель, и 16 – сложные, состоящие из нескольких информативных критериев (от 3 до 12). Каждый информативный показатель (вектор и критерий) имеет градацию – высокий (30 баллов), средний (20) и низкий (10) уровни. Они подробно описаны для конкретизации и максимальной объективности оценки. Не все векторы и критерии равнозначны с точки зрения их влияния на интегральный показатель, поэтому для каждого из них установлены коэффициенты важности. Кроме того, эксперты разделили все векторы на две группы: относительно более значимые и относительно менее

значимые. Для этого были установлены пограничные коэффициенты значимости. Наконец, использованы модельные варианты оценки: «отлично»; «хорошо»; «удовлетворительно»; «неудовлетворительно».

До многовекторной оценки аналогично оценивается каждый сложный вектор, но уже путём анализа информативных критериев, которые он включает. При этом интегральные оценки «отлично» и «хорошо» принимаются за высокий уровень градации данного сложного вектора, «удовлетворительно» – средний уровень и «неудовлетворительно» – низкий.

Сконструированный способ автоматизирован на базе системной программы «1С: Предприятие», что существенно облегчает оценку. Кроме выставления интегральных оценок, автоматизация позволяет ставить и решать более сложную задачу сравнения межсекторального взаимодействия по охране здоровья в любом числе территориальных образований (или в динамике), располагать их в порядке убывания приоритета; выбирать заданное число лучших и худших и указывать векторы и критерии, определившие ту или иную оценку.

Способ носит открытый характер, что предполагает, при необходимости, изменение информативных показателей (векторов и / или критериев), их градации и описания каждого уровня, коэффициентов важности и других характеристик программы. Являясь автоматизированной информационно-вычислительной поддержкой решений, данный способ может быть использован для оценки территориальных образований различного уровня, то есть появляется возможность формирования многоуровневой иерархической структуры диагностики в субъекте Российской Федерации. Его использование вполне доступно и заключается во введении в обычный персональный компьютер только указаний на уровень каждого информативного показателя. Все остальные параметры оценки заранее учтены. На выходе машина «выдаёт» интегральный результат и информативные показатели, его обусловившие, а значит, появляется возможность устанавливать причины создавшегося положения дел, то есть целенаправленно управлять межсекторальным взаимодействием.

Остаётся только установить секторы, которые должны участвовать в проведении соответствующих корректирующих мероприятий. Для этого была

определена значимость возможного воздействия каждого из 23 заинтересованных в охране здоровья населения секторов на каждый из 38 информативных векторов её оценки – 874 позиции. Тогда для коррекции уровня конкретного «провисшего» информативного показателя привлекаются те заинтересованные секторы, значимость соответствующего влияния которых наибольшая.

Полученные результаты позволили в 6-й главе (*«Оптимизация функционирования системы межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения»*) перейти к решению основной – **восьмой задачи** диссертационной работы – спроектировать и апробировать соответствующую технологию оптимизации, обосновать перспективы её развития.

Были обоснованы определяющие такую оптимизацию принципы (целенаправленности; системного подхода – изоморфизма, иерархии, мультипараметрического взаимодействия; дифференциации; динамичности; совершенствования механизмов анализа; гибкости; стратегического планирования; развития коммуникации; компетентности; демократизации) и соответствующая дефиниция. Это механизм, который функционирует в рамках адекватного нормативного правового поля, на основе принципов оптимизации, современных средств, форм и методов охраны здоровья, с учётом особенностей конкретного территориального образования, иерархического взаимодействия заинтересованных секторов и их влияния на детерминанты здоровья, многовекторной оценки успешности межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения с целью обоснования и выбора таких управленческих решений, которые являются наиболее целесообразными с точки зрения достижения результата. Все компоненты данной дефиниции и составили содержание схемы спроектированной технологии, в том числе двух взаимосвязанных блоков (рисунок 6).

Первый связан с возможностью существенно облегчить формирование конкретных профилактических программ за счёт установленного возможного влияния каждого конкретного заинтересованного сектора на каждую из детерминант здоровья и перечня секторов, которые в наибольшей степени могут воздействовать на отдельную детерминанту.

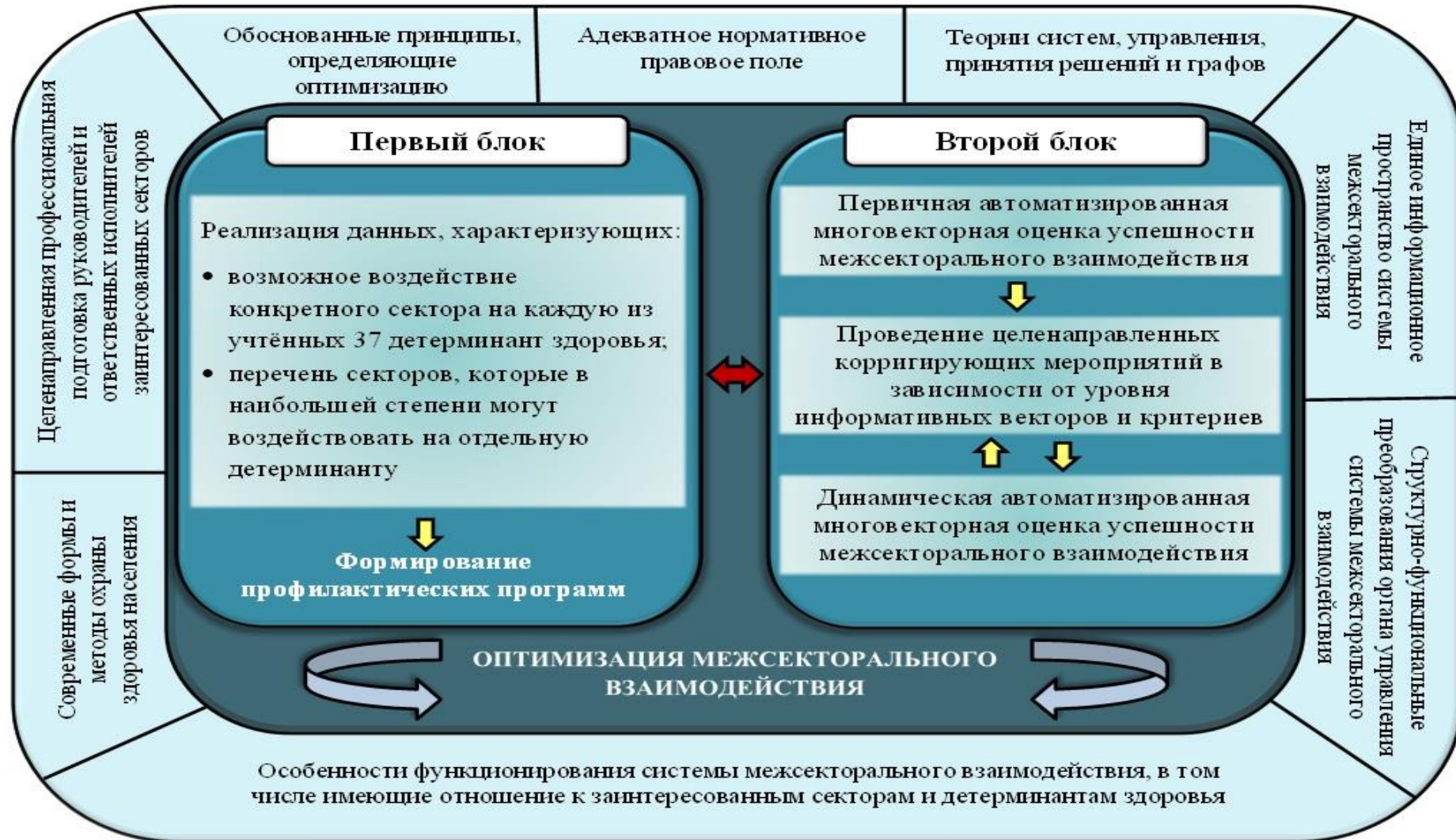


Рисунок 6 – Технология оптимизации функционирования системы межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения

Второй блок включает первичную автоматизированную многовекторную интегральную оценку рассматриваемой деятельности в одном или нескольких территориальных образованиях (в том числе разного уровня), определение конкретных целенаправленных корректирующих мероприятий, направленных на повышение уровня информативных векторов и критериев с учётом выявленной в исследовании значимости воздействия на них заинтересованных секторов, их проведение, динамическую оценку, играющую роль обратной связи.

Апробация рассматриваемой технологии оптимизации была успешно осуществлена в рамках организационного эксперимента в Калининградской, Астраханской, Саратовской областях, а также в двух районах последней – Балтайском и Пугачёвском.

Во-первых, во всех перечисленных территориальных образованиях был использован способ многовекторной оценки, определены векторы и критерии, её обусловившие, то есть сформированы направления проведения целенаправленных корректирующих мероприятий. Во-вторых, в Саратовской области после коррекции осуществлена динамическая оценка, сыгравшая роль обратной связи.

Подтверждена целесообразность передачи полномочий реализации предлагаемой технологии оптимизации, в том числе многовекторного способа, соответствующему органу управления, которым может стать межведомственный координационный совет по охране здоровья населения, в деятельности которого должны принимать участие представители всех заинтересованных секторов.

О позитивном результате апробации предлагаемой технологии оптимизации межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения на региональном уровне свидетельствует не только то, что проверены возможности сконструированного способа многовекторной оценки, существенно улучшено положение дел в Саратовской области, в частности уровень только двух против десяти при первичном результате более значимых информативных векторов остался низким, но и тот факт, что в ходе выполнения организационного эксперимента удалось убедить руководство региона образовать обоснованный в исследовании единый межведомственный координационный совет.

В качестве перспективы исследования межсекторального взаимодействия по

охране здоровья населения обосновано формирование единого информационного пространства данной системы. Оно позволит существенно улучшить подготовку и принятие решений за счёт использования полных, достоверных и доступных баз данных по всем объектам управления; обеспечить реализацию всех основных функций стратегического и текущего, тактического управления (анализ и прогноз ситуаций, обмен информацией, планирование и координация деятельности, контроль выполнения принятых решений и др.).

Таким образом, результаты проведённого исследования позволили расширить представление о межсекторальном взаимодействии по охране здоровья населения в субъекте Российской Федерации и решить ряд прикладных задач, то есть осуществить организационно-методическое обоснование оптимизации этого процесса.

В заключении проведено обсуждение полученных результатов и подведены итоги научного исследования.

ВЫВОДЫ

1. Теоретико-методологический анализ отечественного и зарубежного опыта исследования и реализации межсекторального взаимодействия свидетельствует о его неполном соответствии требованиям современной практики охраны здоровья населения, недостаточном научном обосновании, что определяет необходимость целенаправленного структурно-функционального исследования и оптимизации на базе принципов и положений теорий систем, управления, графов и принятия решений.

2. Реализация межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения на региональном уровне во многом носит декларативный характер, что проявляется в недостаточно эффективных позициях: функционировании не одного, а нескольких координационных советов, в которые входят представители не всех заинтересованных секторов, не учитываются их взаимодействие и полный перечень детерминант здоровья; осуществлении и организации первичной, вторичной и третичной профилактики, деятельности соответствующих кабинетов (отделений) медицинских организаций; профессиональном обеспечении

ответственных исполнителей заинтересованных структур (их целенаправленной подготовки, практическом использовании возможностей статистики и доказательной медицины). Это не способствует устранению выявленных в исследовании негативных характеристик среды обитания, состояния здоровья и образа жизни населения.

3. Доказаны статистически достоверные преимущества ($p \leq 0,05$) межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения над традиционным подходом (когда за решение данной проблемы в основном отвечают медицинские работники), касающиеся как организации (13 характеристик), так и осуществления непосредственных направлений практического осуществления (24); выявлены возможные причины, мешающие его реализации (в полной мере реализуется не более чем в $16,1 \pm 3,4\%$ территориальных образований), из которых одной из определяющих является недостаточная разработанность используемых научных оснований, имеющих отношение к заинтересованным секторам, детерминантам здоровья, критериально-диагностическому аппарату, направлениям осуществления (мнение $55,5 \pm 4,4\%$ экспертов).

4. Установление 23 секторов, заинтересованных в охране здоровья населения в субъекте Российской Федерации, 13 из которых по значимости и мере участия – основные (первые пять ранговых мест по мере убывания приоритета) занимают секторы «здравоохранение» – 9,58 баллов и 18,42%, «губернатор (аппарат губернатора)» – 7,37 баллов и 10,12%, «информация и печать» – 6,28 баллов и 7,19%, «образование» – 6,10 баллов и 6,36%, «региональный парламент» – 5,69 баллов и 6,67%, оценка и ранжирование с реализацией положений теории графов силы связи между ними существенно расширяют возможности всестороннего изучения и осуществления рассматриваемого процесса.

5. Определение и структурирование перечня из 37 детерминант здоровья (группы «образ жизни» – 7, «условия жизни и работы» – 9, «воздействующие на общество в широком смысле слова» – 8, «структурные показатели социально-экономического неравенства» – 5 и внегрупповые – 8), их значимости и меры влияния, исследование возможного воздействия каждого из 23 заинтересованных

секторов на каждую детерминанту здоровья (проанализирована 851 позиция) и перечня секторов, которые в наибольшей степени могут воздействовать на отдельную детерминанту, имеют прямое отношение к определению направлений оптимизации охраны здоровья населения.

6. Обосновано и внедрено в деятельность медицинских образовательных учреждений высшего образования (Саратовский ГМУ имени В.И. Разумовского и Астраханский ГМУ) содержание профессиональной подготовки руководителей здравоохранения и ответственных исполнителей других заинтересованных секторов по вопросам межсекторального взаимодействия в области охраны здоровья населения – определены шесть компетенций и позиции их сформированности по рубрикам «знать» – 12, «уметь» – 11 и «владеть» – 9 (или «необходимые знания», «необходимые умения» и «трудовые действия»).

7. Разработанный, апробированный и внедрённый в практику охраны здоровья населения критериально-диагностический аппарат соответствует обоснованным в исследовании десяти требованиям и позволяет осуществлять текущую многовекторную оценку успешности межсекторального взаимодействия в территориальном образовании. Принципиальными этапами конструирования многовекторного способа являются: определение круга информативных векторов (22 простых и 16 сложных, включающих от 3 до 14 информативных критериев); градация каждого показателя (подробное описание высокого, среднего и низкого уровней для конкретизации и максимальной объективности оценки); установление коэффициентов их важности; обоснование модельных вариантов оценки («отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно»). Определено возможное влияние заинтересованных секторов на каждый информативный вектор оценки (проанализировано 874 позиции).

8. Автоматизация многовекторного способа на базе системной программы «1С: Предприятие» даёт возможность осуществлять интегральную оценку успешности межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения в любом числе территориальных образований различного уровня, располагать их в порядке убывания приоритета, выбирать заданное число лучших и худших, то есть сформировать многоуровневую иерархическую структуру диагностики

функционирования данной системы в регионе. Апробация способа осуществлена в ряде регионов страны и показала его высокую эффективность, поскольку позволяет выявлять информативные показатели, которые нуждаются в коррекции, то есть целенаправленно получать позитивные результаты.

9. На основе аргументированных в исследовании принципов оптимизации и обобщения полученных материалов спроектирована и успешно апробирована в рамках организационного эксперимента технология оптимизации межсекторального взаимодействия, выступающая в качестве механизма решения проблемы охраны здоровья населения и включающая два взаимосвязанных блока:

- первый связан с возможностью существенно облегчить формирование конкретных профилактических программ за счёт установленного возможного влияния заинтересованных секторов на детерминанты здоровья;

- второй включает первичную автоматизированную многовекторную интегральную оценку рассматриваемой деятельности в одном или нескольких территориальных образованиях (в том числе разного уровня), определение конкретных направлений осуществления целенаправленных корректирующих мероприятий, повышающих уровни информативных векторов и критериев с учётом выявленной в исследовании значимости воздействия на них заинтересованных секторов, их проведение, динамическую оценку, играющую роль обратной связи.

10. Перспективными направлениями оптимизации системы межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения являются информатизация и автоматизация, создание единого информационного пространства путём интеграции локальных информационных сетей (аппаратно-программных комплексов) ее ключевых подсистем (заинтересованных секторов), определения структуры и взаимосвязи отдельных компонентов и процессов.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Главам администрации субъектов Российской Федерации целесообразно формировать в своём регионе единый межведомственный координационный совет с распространением полномочий на все направления оптимизации охраны

здоровья населения, в состав которого включать представителей установленных в исследовании заинтересованных секторов.

2. Руководителям и ответственным исполнителям заинтересованных секторов представлять в межведомственный координационный совет полную и объективную информацию о состоянии здоровья населения и результатах своей деятельности по его охране. При этом эффективно использовать методы статистики, а представителям сектора «здравоохранение» – и доказательной медицины; учитывать установленные в исследовании причины недостаточного уровня знаний по этим дисциплинам.

3. Руководители межведомственных координационных советов по охране здоровья населения в субъектах Российской Федерации для организации эффективного управления системой межсекторального взаимодействия, качественного мониторинга её функционирования могут реализовать авторскую технологию оптимизации, предусматривающую учёт региональных особенностей среды обитания, медико-демографических характеристик, образа жизни населения, использование исследованных характеристик заинтересованных секторов, в том числе их взаимодействия, и детерминант здоровья и позволяющую с учётом установленного возможного воздействия секторов на детерминанты и на информативные векторы целенаправленно формировать профилактические программы, придавать им здоровьесберегающую направленность и межсекторальный характер, по результатам первичной и динамической автоматизированных многовекторных оценок осуществлять корректирующие мероприятия.

4. Членам межведомственных координационных советов по охране здоровья населения субъектов Российской Федерации при осуществлении многовекторной оценки успешности межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения использовать разработанный в настоящей работе автоматизированный на базе системной программы «1С: Предприятие» многовекторный способ, который позволяет в интерактивном режиме реализовать функции информационно-вычислительного обслуживания, оценивать и ранжировать любое число территориальных образований, в том числе разного уровня, показывать

уровень информативных векторов и критериев, определивших ту или иную интегральную оценку, то есть определять причины соответствующего состояния дел.

5. Ректорам медицинских образовательных организаций высшего образования обязать руководителей центров дополнительного профессионального образования при осуществлении первичной переподготовки и повышения квалификации по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье» использовать результаты исследования компетенций и позиций их сформированности по рубрикам «знать», «уметь» и «владеть» (или «необходимые знания», «необходимые умения» и «трудовые действия»), имеющие отношение к осуществлению межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения, а также проводить организованную межведомственными координационными советами соответствующую специальную профессиональную подготовку представителей других заинтересованных секторов.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Коршевер, Н.Г. Исследование системы охраны здоровья населения муниципального района Северного региона / Н.Г. Коршевер, А.П. Гречишников, **С.А. Сидельников** // **Здравоохранение Российской Федерации.** – 2010. – № 4. – С. 39–42.
2. **Сидельников, С.А.** Методика разработки способа многовекторной оценки для решения задач «медицины катастроф» в субъекте РФ / **С.А. Сидельников, Н.Г. Коршевер** // Актуальные вопросы военной медицины и военно-медицинского образования: сб. науч. работ / под общ. ред. М.С. Громова. – Саратов: Изд-во Саратов. воен.-мед. ин-та, 2010. – С. 8–9.
3. **Сидельников, С.А.** Методология оценки функционирования и оптимизации системы организации медицинской помощи населению при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций мирного времени в субъекте Российской Федерации / **С.А. Сидельников, Н.Г. Коршевер** // Актуальные вопросы военной медицины и военно-медицинского образования: сборник научных работ / под общ. ред. М.С. Громова. – Саратов: Изд-во Саратов. воен.-мед. ин-та, 2010. – С. 7–8.
4. **Сидельников, С.А.** Системное исследование организации медицинской помощи населению при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций мирного времени в субъекте Российской Федерации / **С.А. Сидельников, Н.Г. Коршевер** // Актуальные вопросы военной медицины и военно-медицинского образования: сборник научных работ / под общ. ред. М.С. Громова. – Саратов: Изд-во Саратов. воен.-мед. ин-та, 2010. – С. 6–7.
5. Коршевер, Н.Г. Защита населения от техногенных аварий, экстремальных явлений природы и межсекторальное взаимодействие по вопросам охраны здоровья / Н.Г. Коршевер, **С.А. Сидельников** // Совершенствование гражданской обороны в Астраханской области: тр. Межрегион. науч.-практ. конференции. – Астрахань: Мир, 2012. – С. 153–155.
6. Коршевер, Н.Г. Методологические аспекты исследования организации медицинской помощи населению при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций мирного времени в субъекте Российской Федерации / Н.Г. Коршевер, **С.А. Сидельников** // Совершенствование

гражданской обороны в Астраханской области: тр. Межрегион. науч.-практ. конференции. – Астрахань: Мир, 2012. – С. 156–157.

7. Методологические аспекты профессиональной подготовки организаторов здравоохранения / А.А. Протопопов, М.В. Еругина, Н.Г. Коршевер, **С.А. Сидельников**, Е.В. Завалева // **Саратовский научно-медицинский журнал**. – 2012. – Т. 8, № 4. – С. 1017–1022.

8. Охрана здоровья населения – межсекторальное взаимодействие / Н.Г. Коршевер, **С.А. Сидельников**, А.В. Апаркина, Е.С. Кобзева // Доклады академии военных наук. Поволжское отделение. – 2012. – № 3 (52). – С. 7–12.

9. Детерминанты здоровья и межсекторальное взаимодействие по вопросам охраны здоровья населения / Н.Г. Коршевер, **С.А. Сидельников**, А.В. Апаркина, Е.С. Кобзева // Поволжские чтения: материалы науч.-практ. конференции, посвящённой 100-летию организации общества рентгенологов Саратова. – Саратов: Миф, 2013. – С. 30–32.

10. Коршевер, Н.Г. Возможные направления оптимизации межсекторального взаимодействия по вопросам охраны здоровья / Н.Г. Коршевер, **С.А. Сидельников** // Доклады академии военных наук. Поволжское отделение. – 2013. – № 2 (57). – С. 22–26.

11. Коршевер, Н.Г. Исследование детерминант здоровья и влияния на них заинтересованных секторов / Н.Г. Коршевер, **С.А. Сидельников** // **Медицинский вестник Башкортостана**. – 2013. – Т. 8, № 1. – С. 9–12.

12. Коршевер, Н.Г. Межсекторальное взаимодействие по вопросам охраны здоровья населения / Н.Г. Коршевер, **С.А. Сидельников** // **Здравоохранение Российской Федерации**. – 2013. – № 4. – С. 7–10.

13. Коршевер, Н.Г. Межсекторальное взаимодействие по вопросам охраны здоровья населения: исследование и оптимизация / Н.Г. Коршевер, **С.А. Сидельников** // Организационные, правовые и экономические проблемы здравоохранения Российской Федерации и пути их решения: материалы науч.-практ. конф. с междунар. участием. – Новосибирск: МИАЦ, 2013. – С. 77–79.

14. Коршевер, Н.Г. Межсекторальное взаимодействие по вопросам охраны здоровья населения: исследование, оценка, оптимизация / Н.Г. Коршевер, **С.А. Сидельников**. – Саратов: Изд-во Саратов. гос. мед. ун-та, 2013. – 181 с.

15. Коршевер, Н.Г. Обоснование системного подхода к исследованию и оптимизации межсекторального взаимодействия по вопросам охраны здоровья / Н.Г. Коршевер, **С.А. Сидельников** // Доклады академии военных наук. Поволжское отделение. – 2013. – № 2 (57). – С. 19–22.

16. Коршевер, Н.Г. Принципы оптимизации межсекторального взаимодействия по вопросам охраны здоровья населения / Н.Г. Коршевер, **С.А. Сидельников** // Доклады академии военных наук. Поволжское отделение. – 2013. – № 2 (57). – С. 26–28.

17. Коршевер, Н.Г. Результаты конструирования способа оценки успешности межсекторального взаимодействия по вопросам охраны здоровья населения // Проблемы и перспективы развития здравоохранения: материалы Междунар. науч.-практ. интернет-конференции, посвящённой 90-летию кафедры организации здравоохранения, общественного здоровья и медицинского права / Н.Г. Коршевер, **С.А. Сидельников** // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – Саратов, 2013. – Т. 3, № 10. – С. 1129–1130.

18. Критериально-диагностический аппарат оценки межсекторального взаимодействия по вопросам охраны здоровья населения / Н.Г. Коршевер, **С.А. Сидельников**, А.В. Апаркина, Е.С. Кобзева // Доклады академии военных наук. Поволжское отделение. – 2013. – № 2 (57). – С. 28–32.

19. **Сидельников, С.А.** Информативные критерии обеспечения физической активности населения / **С.А. Сидельников**, Н.Г. Коршевер // Проблемы физкультурно-оздоровительной и спортивной работы в вузе: материалы межвуз. науч.-практ. конференции. – Саратов: РАТА, 2013. – С. 47–48.

20. **Сидельников, С.А.** Межсекторальное взаимодействие по вопросам охраны здоровья населения / **С.А. Сидельников**, Н.Г. Коршевер // Проблемы физкультурно-оздоровительной и спортивной работы в вузе: материалы межвуз. науч.-практ. конференции. – Саратов: РАТА, 2013. – С. 48.

21. Еругина, М.В. Организационно-методические аспекты оптимизации межсекторального взаимодействия по вопросам охраны здоровья населения / М.В. Еругина, Н.Г. Коршевер, **С.А. Сидельников**. – Саратов: Изд-во Саратов. гос. мед. ун-та, 2014. – 103 с.
22. Коршевер, Н.Г. Автоматизация многовекторной оценки межсекторального взаимодействия по вопросам охраны здоровья / Н.Г. Коршевер, **С.А. Сидельников** // Доклады академии военных наук. Поволжское отделение. – 2014. – № 2 (61). – С. 23–28.
23. Коршевер, Н.Г. Иерархическое взаимодействие секторов, заинтересованных в охране здоровья / Н.Г. Коршевер, **С.А. Сидельников**, С.В. Полковов // Доклады академии военных наук. Поволжское отделение. – 2014. – № 2 (61). – С. 7–16.
24. Коршевер, Н.Г. Интегративный подход к оценке межсекторального взаимодействия по вопросам охраны здоровья населения / Н.Г. Коршевер, **С.А. Сидельников** // Интегративные исследования в медицине: научные труды III Всерос. (с междунар. участием) науч.-практ. конференции. – Саратов: Наука, 2014. – С. 192–196.
25. Коршевер, Н.Г. Исследование условий и факторов, влияющих на состояние здоровья / Н.Г. Коршевер, **С.А. Сидельников** // Доклады академии военных наук. Поволжское отделение. – 2014. – № 2 (61). – С. 16–21.
26. Коршевер, Н.Г. Проектирование технологии оптимизации межсекторального взаимодействия по вопросам охраны здоровья населения / Н.Г. Коршевер, **С.А. Сидельников** // Информационные технологии в медицине и фармакологии: сб. науч. трудов по итогам Междунар. науч.-практ. конференции. – Ростов н/Д.: Арел, 2014. – С. 74–77.
27. Коршевер, Н.Г. Секторы, заинтересованные в охране здоровья населения / Н.Г. Коршевер, **С.А. Сидельников** // Состояние здоровья населения и перспективы развития здравоохранения России: материалы Всерос. конф. с междунар. участием, посвящённой 90-летию кафедры общественного здоровья и здравоохранения, экономики здравоохранения. – М.: ЦНИИОИЗ, 2014. – С. 107–108.
28. Коршевер, Н.Г. Системный подход как концепция исследования и оптимизации межсекторального взаимодействия по вопросам охраны здоровья / Н.Г. Коршевер, **С.А. Сидельников** // Евразийский союз учёных. – 2014. – № 4. Ч. 1. – С. 160–162.
29. Коршевер, Н.Г. Технология оптимизации межсекторального взаимодействия по вопросам охраны здоровья населения / Н.Г. Коршевер, **С.А. Сидельников** // Состояние здоровья населения и перспективы развития здравоохранения России: материалы Всерос. конф. с междунар. участием, посвящённой 90-летию кафедры общественного здоровья и здравоохранения, экономики здравоохранения. – М.: ЦНИИОИЗ, 2014. – С. 108.
30. Региональный «портрет» образа жизни: социологическое исследование / Н.Г. Коршевер, **С.А. Сидельников**, А.А. Кузнецов, Е.М. Долгова, В.В. Бессмертнов // Доклады академии военных наук. Поволжское отделение. – 2014. – № 2 (61). – С. 21–23.
31. Коршевер, Н.Г. Многовекторный способ оценки межсекторального взаимодействия по вопросам охраны здоровья населения / Н.Г. Коршевер, **С.А. Сидельников** // **Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины**. – 2015. – Т. 23, № 5. – С. 16–19.
32. Коршевер, Н.Г. Обеспечение раннего развития детей и подростков и оценка работы по охране здоровья населения / Н.Г. Коршевер, **С.А. Сидельников**, Э.С. Сидельникова // Евразийский союз учёных. – 2015. – № 12 (21). – С. 108–110.
33. Коршевер, Н.Г. Организационно-методические аспекты оптимизации межсекторального взаимодействия по вопросам охраны здоровья населения / Н.Г. Коршевер, **С.А. Сидельников** // Методические принципы воспитательной работы в медицинском вузе: материалы метод. конференции. – Саратов: Изд-во Саратов. гос. мед. ун-та, 2015. – С. 105–113.
34. Коршевер, Н.Г. Охрана здоровья населения: заинтересованные сектора и детерминанты / Н.Г. Коршевер, **С.А. Сидельников** // **Общественное здоровье и здравоохранение**. – 2015. – № 3. – С. 58–62.
35. Коршевер, Н.Г. Оценка межсекторального взаимодействия по вопросам охраны здоровья населения: обоснование автоматизации на базе системной программы 1С: Предприятие / Н.Г. Коршевер, **С.А. Сидельников** // International research journal. – 2015. – № 7 (38). – С. 28–32.
36. Коршевер, Н.Г. Защита населения от техногенных аварий, экстремальных явлений природы и оценка охраны здоровья населения / Н.Г. Коршевер, **С.А. Сидельников**, А.В. Михневич // Успехи современной науки и образования. – 2016. – Т. 5, № 7. – С. 20–21.

37. Коршевер, Н.Г. Исследование межсекторального взаимодействия по вопросам охраны здоровья населения и обоснование технологии его оптимизации / Н.Г. Коршевер, **С.А. Сидельников**, О.М. Кузнецов // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2016. – Т. 6, № 1. – С. 93–95.
38. Коршевер, Н.Г. Критериально-диагностический инструментарий охраны здоровья населения и борьба с употреблением наркотиков, алкоголя и табакокурением / Н.Г. Коршевер, **С.А. Сидельников**, О.М. Кузнецов // Единый всероссийский научный вестник. – 2016. – № 5. – С. 77–80.
39. Коршевер, Н.Г. Меры медицинского характера и межсекторальное взаимодействие по вопросам охраны здоровья населения [Электронный ресурс] / Н.Г. Коршевер, **С.А. Сидельников** // **Современные проблемы науки и образования** : электрон. науч. журн. – 2016. – № 4. – Режим доступа: <http://www.science-education.ru/article/view?id=24929>. – DOI: 10.17513/spno.24929. – Загл. с экрана.
40. Коршевер, Н.Г. Обеспечение дорожно-транспортной безопасности и охрана здоровья населения / Н.Г. Коршевер, **С.А. Сидельников**, А.В. Михневич // Национальная ассоциация ученых: материалы 17-й Междунар. науч.-практ. мультидисциплинар. конференции. – Екатеринбург: НАУ, 2016. – Вып. 1 (17). – С. 117–118.
41. Коршевер, Н.Г. Обеспечение здорового рациона питания и охрана здоровья населения / Н.Г. Коршевер, **С.А. Сидельников**, В.В. Серов // Роль науки в развитии социума: теоретические и практические аспекты: материалы XIX Междунар. науч.-практ. конференции. – Екатеринбург: НАУ, 2016. – № 3 (19). – С. 54–55.
42. Коршевер, Н.Г. Обеспечение общественной безопасности и правопорядка и охраны здоровья населения / Н.Г. Коршевер, **С.А. Сидельников**, Н.Д. Киселёв // Содружество. Медицинские науки. – 2016. – № 3 (3). – С. 69–71.
43. Коршевер, Н.Г. Обеспечение справедливых условий найма и достойной работы, социальных гарантий и охраны труда как информативный показатель оценки межсекторального взаимодействия по вопросам охраны здоровья населения / Н.Г. Коршевер, **С.А. Сидельников**, Н.Д. Киселёв // Интеллектуальный капитал и способы его применения: материалы XXI Междунар. науч.-практ. конференции. Медицинские науки. – Новосибирск: Сфера, 2016. – № 3 (21). – С. 10–12.
44. Коршевер, Н.Г. Охрана здоровья населения: исследование иерархического взаимодействия заинтересованных секторов / Н.Г. Коршевер, **С.А. Сидельников** // **Вестник медицинского института «РЕАВИЗ»: реабилитация, врач и здоровье**. – 2016. – № 3 (23). – С. 126–128.
45. Коршевер, Н.Г. Природоохранная деятельность, обеспечение экологической безопасности и здоровье населения / Н.Г. Коршевер, **С.А. Сидельников**, Н.Д. Киселёв // Современные научные исследования: теоретический и практический аспект: сб. ст. Междунар. науч.-практ. конференции. – Уфа: МЦИИ ОМЕГА САЙНС, 2016. – С. 189–193.
46. Коршевер, Н.Г. Пропаганда здорового образа жизни – информативный показатель / Н.Г. Коршевер, **С.А. Сидельников**, Н.Д. Киселёв // Новая наука: от идеи к результату: материалы Междунар. науч.-практ. конференции. – Sterlitamak: РИЦ АМИ, 2016. – С. 12–14.
47. Коршевер, Н.Г. Системный подход и оценка охраны здоровья населения [Электронный ресурс] / Н.Г. Коршевер, **С.А. Сидельников**, О.М. Кузнецов // Научные открытия: сб. ст. Междунар. науч. конференции / под ред. проф. М.А. Комиссаровой, Н.Г. Коршевера, О.О. Андронниковой. – М.: РусАльянс Сова, 2016. – С. 172–175. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM). – Систем. требования: ПК с процессором 486 + ; Windows 7 + ; дисковод CD-ROM ; зв. карта. – Загл. с этикетки диска.
48. Коршевер, Н.Г. Укрепление репродуктивного здоровья населения и рост рождаемости как информативный вектор оценки работы по охране здоровья населения / Н.Г. Коршевер, **С.А. Сидельников**, А.В. Михневич // Закономерности и тенденции развития науки в современном обществе: сб. ст. Междунар. науч.-практ. конференции: в 3 ч. – Тюмень: Аэтерна, 2016. – С. 117–122.
49. Коршевер, Н.Г. Физическая активность и охрана здоровья населения / Н.Г. Коршевер, **С.А. Сидельников** // **Вестник Уральской медицинской академической науки**. – 2016. – № 1 (56). – С. 14–16.

50. Коршевер, Н.Г. Функционирование частного сектора (рынка) и охрана здоровья населения / Н.Г. Коршевер, **С.А. Сидельников**, А.В. Михневич // *Scientia*. Химия. Биология. Медицина. Медицина и здравоохранение. – 2016. – № 1 (1). – С. 17–18.
51. Коршевер, Н.Г. Характеристики улучшения повседневных условий жизни населения – оценочная функция / Н.Г. Коршевер, **С.А. Сидельников**, А.В. Михневич // Актуальные проблемы науки XXI века: сб. ст. VI Междунар. науч.-практ. конференции. – М.: *Cognitio*, 2016. – С. 143–146.
52. **Сидельников, С.А.** Преимущества межсекторального взаимодействия по вопросам охраны здоровья населения [Электронный ресурс] / **С.А. Сидельников**, Н.Г. Коршевер // **Современные проблемы науки и образования** : электрон. науч. журн. – 2016. – № 4. – Режим доступа: <http://www.science-education.ru/article/view?id=24940>. – DOI: 10.17513/spno.24940. – Загл. с экрана.
53. Korshever, N.G. Intersectoral cooperation in the sphere of public health care: ways of optimization [Electronic resource] / N.G. Korshever, **S.A. Sidelnikov** // **Russian Open Medical Journal**. – 2017. – Vol. 6, issue 3. – Access mode: <http://www.romj.org/2017-0308>. – Title from screen.
54. Заинтересованные секторы и информативные векторы оценки успешности охраны здоровья населения / **С.А. Сидельников**, Н.Г. Коршевер, Ю.Р. Дорфман, К.М. Шайдакова // **Вестник Уральской медицинской академической науки**. – 2017. – Т. 14, № 4. – С. 481–486. – DOI: 10.22138/2500-0918-2017-14-4-481-486.
55. Защита от техногенных аварий, экстремальных явлений природы, природоохранная деятельность, обеспечение экологической безопасности в системе охраны здоровья населения / Л.Л. Гросман, Н.Г. Коршевер, **С.А. Сидельников**, Ю.А. Тютюнник // **Медицина экстремальных ситуаций**. – 2017. – № 3. – С. 88–94.
56. Коршевер, Н.Г. Влияние заинтересованных в охране здоровья населения секторов на информативный вектор «Обеспечение раннего развития детей и подростков» / Н.Г. Коршевер, **С.А. Сидельников**, Э.С. Сидельникова // Проблемы современных интеграционных процессов и пути их решения: сб. ст. Междунар. науч.-практ. конференции. – Стерлитамак: АМИ, 2017. – С. 127–130.
57. Коршевер, Н.Г. Обоснование научного аппарата межсекторального взаимодействия – интегративного подхода к охране здоровья населения / Н.Г. Коршевер, **С.А. Сидельников** // Интегративные исследования в медицине: материалы IV Всерос. с междунар. участием науч.-практ. конференции. – Саратов: Наука, 2017. – С. 106–111.
58. Коршевер, Н.Г. Оптимизации функционирования системы межсекторального взаимодействия по вопросам охраны здоровья населения [Электронный ресурс] / Н.Г. Коршевер, **С.А. Сидельников** // Психосоматические и интегративные исследования. Наука и инновации. – Саратов, 2017. – Т. 3, № 3. – Режим доступа: <http://pssr.pro/articles/284>. – Загл. с экрана.
59. Коршевер, Н.Г. Оценка охраны здоровья населения с позиций обеспечения гендерной справедливости / Н.Г. Коршевер, **С.А. Сидельников**, О.М. Кузнецов // Европейские научные исследования: сб. ст. III Междунар. науч.-практ. конференции. – Пенза: Наука и просвещение, 2017. – С. 142–145.
60. Коршевер, Н.Г. Секторы, заинтересованные в охране здоровья населения, и пропаганда здорового образа жизни / Н.Г. Коршевер, **С.А. Сидельников**, Ю.В. Карагайчева // Взаимодействие науки и общества: проблемы и перспективы: сб. ст. Междунар. науч.-практ. конференции: в 3 ч. – Стерлитамак: АМИ, 2017. – С. 53–56.
61. Коршевер, Н.Г. Секторы, заинтересованные в охране здоровья населения, и обеспечение гендерной справедливости / Н.Г. Коршевер, **С.А. Сидельников**, Е.Ю. Наташкина // Современные технологии в мировом научном пространстве: сб. ст. Междунар. науч.-практ. конференции. – Уфа: Аэтерна, 2017. – С. 109–113.
62. **Сидельников, С.А.**, Коршевер, Н.Г., Заинтересованные в охране здоровья населения секторы и обеспечение справедливых условий найма и достойной работы, социальных гарантий и охраны труда [Электронный ресурс] / **С.А. Сидельников**, Н.Г. Коршевер, Ю.В. Карагайчева // Роль образования и науки в развитии российского общества: сб. ст. Междунар. науч.-практ. конференции. – М.: Импульс, 2017. – С. 128–134. – Режим доступа: http://impulse-science.ru/wp-content/uploads/2017/08/СБОРНИК_K-7.pdf. – Загл. с экрана.

63. **Сидельников, С.А.** Деятельность военных комиссариатов и охрана здоровья населения / **С.А. Сидельников**, Н.Г. Коршевер, А.В. Михневич // **Военно-медицинский журнал.** – 2017. – Т. 338, № 7. – С. 47–48.
64. **Сидельников, С.А.** Заинтересованные в охране здоровья населения секторы и дорожно-транспортной безопасности / **С.А. Сидельников**, Н.Г. Коршевер, А.В. Михневич // Перспективы развития науки в современном мире: сб. ст. III Междунар. науч.-практ. конференции. – Уфа: Дендра, 2017. – С. 144–149.
65. **Сидельников, С.А.** Защита от чрезвычайных ситуаций мирного времени и межсекторальное взаимодействие по вопросам охраны здоровья населения / **С.А. Сидельников**, Н.Г. Коршевер // Система подготовки медицинских кадров по вопросам медицинского обеспечения населения в условиях чрезвычайных ситуаций: материалы Всерос. науч.-практ. конференции. – М.: Защита, 2017. – С. 89–90.
66. **Сидельников, С.А.** Межсекторальное взаимодействие и укрепление репродуктивного здоровья населения, рост рождаемости [Электронный ресурс] / Н.Г. Коршевер, **С.А. Сидельников**, А.В. Михневич // Медицина, фармацевтика, здоровье – 2017: сб. ст. Междунар. науч. конференции / под ред. проф. Т.В. Клинышковой. – М.: РусАльянс Сова, 2017. – С. 45–48. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM). – Систем. требования: ПК с процессором 486 + ; Windows 7 + ; дисковод CD-ROM ; зв. карта. – Загл. с этикетки диска.
67. **Sidelnikov S.** Sectors engaged in public health care and improvement of everyday living conditions of the population // Scientific research of the SCO countries: synergy and integration: materials of the International Conference. – Beijing: Infinity, 2018. – P. 127–130.
68. Коршевер, Н.Г. Диагностика в здравоохранении: в развитие научного аппарата (на примере медицинских организаций) / Н.Г. Коршевер, **С.А. Сидельников**, С.Н. Помошников. – Саратов: Изд-во Саратов. гос. мед. ун-та, 2018. – 143 с.
69. Коршевер, Н.Г. Руководители здравоохранения о профилактической работе в медицинских организациях / Н.Г. Коршевер, **С.А. Сидельников**, Р.Р. Яхина // **Саратовский научно-медицинский журнал.** – 2018. – Т. 14, № 3. – С. 438–444.
70. **Сидельников, С.А.** Межсекторальное взаимодействие государственных структур и общественных организаций в борьбе с наркотиками, алкоголем, табакокурением / **С.А. Сидельников**, Н.Г. Коршевер // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2018. – № 2. – С. 15–17.
71. **Сидельников, С.А.** Межсекторальное взаимодействие по вопросам охраны здоровья населения: требования к оценке и принципы оптимизации / Н.Г. Коршевер, **С.А. Сидельников**, Е.Ю. Наташкина // Инновационные подходы в решении проблем современного общества: сб. ст. Междунар. науч.-практ. конференции. – Пенза: Наука и просвещение, 2018. – С. 265–268.
72. **Сидельников, С.А.** Научное обоснование межсекторального взаимодействия по вопросам охраны здоровья населения на региональном уровне / **С.А. Сидельников**; под общ. ред. Н.Г. Коршевера. – Саратов: Изд-во Саратов. гос. мед. ун-та, 2018. – 252 с.
73. Статистика и доказательная медицина: реализация в практике руководителей здравоохранения / М.В. Еругина, Н.Г. Коршевер, **С.А. Сидельников**, Л.А. Барегамян // **Саратовский научно-медицинский журнал.** – 2018. – Т. 14, № 1. – С. 7–11.
74. Индивидуально-психологические качества специалистов, проверяющих деятельность медицинских организаций / Н.Г. Коршевер, Д.Е. Цымбал, **С.А. Сидельников**, С.Н. Помошников // **Вестник Росздравнадзора.** – 2019. – № 1. – С. 55–62.
75. **Сидельников, С.А.** Межсекторальное взаимодействие по вопросам охраны здоровья населения: компетентностный подход к изучению / **С.А. Сидельников** // **Общественное здоровье и здравоохранение.** – 2019. – № 2. – С. 72–78.
76. **Сидельников, С.А.** Межсекторальное взаимодействие по охране здоровья населения и обеспечение общественной безопасности и правопорядка / **С.А. Сидельников** // Современная наука: актуальные вопросы, достижения и инновации: сб. ст. VII Междунар. науч.-практ. конференции: в 4 ч. – Пенза: Наука и просвещение, 2019. – Ч. 1. – С. 174–177.
77. **Сидельников, С.А.** Образ жизни и межсекторальное взаимодействие по вопросам охраны здоровья населения / **С.А. Сидельников** // **Вестник медицинского института «РЕАВИЗ»: реабилитация, врач и здоровье.** – 2019. – № 1 (37). – С. 211–221.