

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
САРАТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ В.И. РАЗУМОВСКОГО
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

Сидельников Сергей Алексеевич

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

14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание учёной степени доктора медицинских наук

Научный консультант:

доктор медицинских наук, профессор
Коршевер Натан Григорьевич

Саратов-2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	5
ГЛАВА 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОБЛЕМЫ МЕЖСЕКТОРАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	22
1.1 Современное состояние межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения	22
1.2 Методологические аспекты исследования и обоснования направлений оптимизации межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения.	37
1.3 Возможные направления оптимизации межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения.....	50
ГЛАВА 2 ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ, ЕГО МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ	64
ГЛАВА 3 АНАЛИЗ РАБОТЫ ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ В САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ	101
3.1 Изучение состояния здоровья населения Саратовской области	101
3.2 Характеристика образа жизни населения Саратовского региона	120
3.3 Оценка профилактической работы в медицинских организациях Саратовской области.....	127
3.4 Реализация в практике руководителей здравоохранения знаний статистики и доказательной медицины.....	138
3.5 Исследование деятельности межведомственных координационных советов и государственных программ Саратовской области, имеющих отношение к охране здоровья населения	144
ГЛАВА 4 ОБОСНОВАНИЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ МЕЖСЕКТОРАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ.....	156
4.1 Сравнительный анализ подходов к охране здоровья населения путём реализации систем межсекторального взаимодействия и традиционной.....	156
4.2 Обоснование перечня и значимости секторов, заинтересованных в охране здоровья населения	162

4.2.1 Исследование иерархического взаимодействия заинтересованных секторов.....	169
4.3 Определение и структурирование перечня и значимости детерминант здоровья	177
4.4 Исследование возможного воздействия заинтересованных секторов на детерминанты здоровья	185
4.5 Межсекторальное взаимодействие по охране здоровья населения: компетентностный подход к изучению	190
ГЛАВА 5 РАЗРАБОТКА КРИТЕРИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО АППАРАТА ОЦЕНКИ УСПЕШНОСТИ МЕЖСЕКТОРАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ.....	196
5.1 Конструирование многовекторного способа оценки успешности межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения	196
5.2 Автоматизация способа многовекторной оценки успешности межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения	206
ГЛАВА 6 ОПТИМИЗАЦИЯ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ МЕЖСЕКТОРАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПО ВОПРОСАМ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ.....	214
6.1 Проектирование технологии оптимизации межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения	214
6.2 Апробация технологии оптимизации межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения в рамках организационного эксперимента.....	227
6.3 Обоснование единого информационного пространства системы межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения	237
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	242
ВЫВОДЫ.....	261
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	265
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	267
ПРИЛОЖЕНИЕ 1.....	306
ПРИЛОЖЕНИЕ 2.....	343
ПРИЛОЖЕНИЕ 3.....	349

ПРИЛОЖЕНИЕ 4.....	354
ПРИЛОЖЕНИЕ 5.....	358
ПРИЛОЖЕНИЕ 6.....	361
ПРИЛОЖЕНИЕ 7.....	363
ПРИЛОЖЕНИЕ 8.....	364
ПРИЛОЖЕНИЕ 9.....	365
ПРИЛОЖЕНИЕ 10.....	366
ПРИЛОЖЕНИЕ 11.....	368
ПРИЛОЖЕНИЕ 12.....	369

ВВЕДЕНИЕ

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; McDaid 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 во многом 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., Гинойн 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., Arden 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 отражении 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.

Внедрение результатов исследования

Результаты исследования используются при осуществлении охраны 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).

Апробация результатов исследования

Основные положения и результаты диссертационного исследования

доложены, обсуждены и одобрены на 35 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», Sterlitaмак, 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 года.

Личный вклад автора

Самостоятельно определено направление исследования, сформулированы его цели и задачи. Проанализировано 336 источников 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.

Публикации

По теме диссертации опубликовано 77 печатных работ, в том числе 19 – в журналах, рекомендуемых ВАК при Министерстве науки и высшего образования РФ, три монографии, учебное пособие.

Соответствие диссертации паспорту специальности

Работа соответствует паспорту и формуле специальности 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение (медицинская наука, изучающая

закономерности общественного здоровья, воздействие социальных условий и факторов внешней среды на здоровье населения с целью разработки стратегии и тактики здравоохранения, совершенствования медицинской помощи населению), в частности п. 1, 2, 3, 8 и 9.

Структура и объём диссертации

Диссертация изложена на 370 страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы, описания материалов и методов исследования, трёх глав результатов собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, который содержит 336 библиографических источника, в том числе 250 отечественных и 86 иностранных публикаций, 12 приложений. Работа иллюстрирована 33 таблицами, 26 рисунками, 12 скриншотами.

ГЛАВА 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОБЛЕМЫ МЕЖСЕКТОРАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1 Современное состояние межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения

Охрана здоровья населения – актуальная проблема любого государства. Это сложный и многоплановый процесс, включающий комплекс мероприятий, выходящих за пределы полномочий органов и медицинских организаций здравоохранения, то есть имеющих отношение к деятельности других секторов государства, общества. Именно поэтому в последние годы ВОЗ важнейшее значение в деле охраны здоровья придаётся так называемому «межсекторальному взаимодействию» или «сотрудничеству» (intersectoral collaboration), под которым подразумевается общепризнанная взаимосвязь между частью или частями различных слоев или секторов общества, которая установлена для принятия мер, осуществления действий по тому или иному вопросу или проблеме (Аделаидское... 2010; Развитие... 2015; Содействие... 2015; The Ottawa... 1986; The Bangkok... 2005; Human... 2010; A scoping .., 2012; Kang E., 2016; McDaid D., Park A-L., 2016). Данный термин чаще всего используется в учреждениях Организации Объединённых Наций и означает совместную деятельность нескольких секторов. Понятие «межсекторальность» подразумевает не только участие всех групп общественности и ветвей власти, социальных институтов, но и межотраслевую интеграцию, синтез знаний, культурологическую междисциплинарность.

Межсекторальное взаимодействие получило признание и реализуется при решении многих проблем, направлений деятельности: механизм создания социальных инноваций (Михайлова А., Буравлева А., 2017); взаимодействие полиции и институтов гражданского общества в сфере защиты личных прав и

свобод человека и гражданина (Соболева М.М., 2013); предупреждение социального сиротства и семейного неблагополучия (Мирсагатова М.Н., 2012); развитие как отдельных кампаний, городов и регионов, так и всего государства (Ярошенко С.Г., 2015; Абдурахманова М.М., Дикинов А.Х., Дикинова А.А., 2016; Баскаев Т.К., 2016), улучшение сексуального и репродуктивного здоровья подростков (Nicholls R., Raman S., Girdwood A., 2012), сокращение неравенства в отношении здоровья (Danaher A., 2011) и др. Решению данных вопросов посвящено значительное число публикаций как в нашей стране (Цыцорина И.А., 2011; Фаррахов А.З., 2014; Тетерюк А.С., 2016; Медеубеков У.Ш., Божбанбаева Б.М., Арингазина А.М., 2017 и др.), так и за рубежом (Ryou Y.J., Lee D.E., 2011; Zhao M., 2012; Jovanovic J., 2016; Xidong T., 2016, et al.).

Межсекторальная координация программ и проектов возможна только в случае выдвижения общезначимых глобальных целей и основывается на принципах устойчивого прогрессивного развития общества, которые предполагают социальное партнерство и межотраслевую сбалансированность социальной, экономической, экологической, духовной, информационной и других сфер (Hancock T., 1996; Newman P. Thomley A., 1996; Davidson S., 1998; Community... 2000; Hall P.D., 2001).

При этом при разработке политики развития страны, региона поставленных экономических целей (это особенно касается тех, кто, на первый взгляд, не имеет отношения к здоровьесберегающей деятельности) можно добиться скорее, если заботиться о здоровье населения. «Само по себе это не обеспечит устойчивого экономического роста и не устранил, например, бедность, но, несомненно, должно стать неотъемлемой частью общей стратегии развития, а не отесняться на «обочину» (Suhrcke M., Rosso L., McKee M., 2007; Pukinaitė V., 2015). Ранее принято было считать, что здоровье – всего лишь автоматический побочный продукт экономического развития. Однако установлено, что «между здоровьем и экономическими показателями имеется причинно-следственная связь. Эта двусторонняя связь означает, что ни одну из проблем нельзя решить в отрыве от

другой. Взаимное их влияние друг на друга будет способствовать подъему в обеих областях. Ключевое положение – укрепление здоровья представляет собой недооцененный донныне способ поддержки экономического роста и борьбы с бедностью, хотя и не является панацеей» (The world... 2007).

Если в каждой отраслевой или местной программе выписать мероприятия, отвечающие принципам устойчивого прогрессивного развития, то стыковка этих мероприятий автоматически даст план действий по достижению глобальной цели. Не вызывает сомнений, что именно такой целью является охрана здоровья населения.

Принципиальные положения реализации межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения представлены международными экспертами в Оттавской (The Ottawa... 1986) и Бангкокской (The Bangkok... 2005) хартиях. Оттавская хартия провозглашает, что «условия и перспективы для улучшения здоровья не могут быть полностью обеспечены одним только сектором здравоохранения, так как решение этой проблемы требует скоординированных действий всех заинтересованных сторон: правительства, здравоохранения и других социально-экономических секторов, неправительственных и общественных организаций, местных органов государственного управления, производственной сферы и средств массовой информации. Данный процесс должен включать: проведение государственной политики, учитывающей интересы здоровья, разработку и реализацию национальных стратегий и программ по укреплению здоровья; пропаганду здоровья; создание благоприятной среды; поддержку на уровне местных сообществ; развитие личностных навыков; переориентацию услуг здравоохранения, роль которого должна постепенно перемещаться в сторону укрепления здоровья, выходя за рамки традиционного предоставления лечебно-диагностических услуг и др.».

В свою очередь, Бангкокская хартия учла существенные изменения глобального контекста укрепления здоровья («усиление неравенства внутри стран и между ними; новая типология потребления и коммуникаций;

коммерциализация; глобальное изменение окружающей среды и урбанизация; быстрые и часто неблагоприятные социальные, экономические и демографические изменения, воздействующие на условия труда, среду обучения, характер семейных связей, а также культуру и социальный состав общин; женщины и мужчины подвергаются неодинаковому воздействию; возросла степень уязвимости детей и отчуждения маргинализированных групп населения, инвалидов и представителей коренных народов). В то же время глобализация открывает новые возможности для сотрудничества в целях улучшения состояния здоровья и сокращения транснациональных медико-санитарных рисков. Эти возможности включают более развитую информационно-коммуникационную технологию и более совершенные механизмы глобального руководства и обмена опытом.

Определены обязательства по обеспечению здоровья для всех, которые состоят в том, чтобы сделать укрепление здоровья:

1. Центральным элементом глобальной программы развития.
2. Ключевой функцией правительства на всех уровнях.
3. Центром внимания общин и гражданского общества.
4. Обязательным элементом надлежащей корпоративной практики».

По данным ВОЗ, в основе политики достижения здоровья для всех, обеспечивающей научную, экономическую, социальную и политическую устойчивости в реализации целей «Здоровье-21», должна выступать многосекторальная стратегия в отношении определяющих факторов (детерминант) здоровья с учетом физических, экономических, социальных, культурных и обусловленных половой принадлежностью перспектив и для обеспечения использования оценок воздействия на здоровье (Здоровье-21... 1998).

Поскольку здравоохранение не может влиять на всю совокупность факторов, обуславливающих здоровье (качество продуктов питания, питьевой воды, обеспечение жильем, трудовую занятость, своевременное получение зарплаты и т.п.), Министерство здравоохранения несет значительно большую, во

много раз превышающую его полномочия ответственность за здоровье нации. Поэтому в ряде государств (Япония, Австрия, Бельгия, Финляндия, Венгрия, Франция, Исландия, Нидерланды, Норвегия, Португалия, Испания, Швеция), в том числе в определённый период (с 12.03.2004 г. по 22.05.2012 г.) в России, реформирование здравоохранения включает (включало) интеграцию служб здоровья и социальной защиты

В Аделаидском заявлении ВОЗ «Учет интересов здоровья во всех направлениях политики» определена новая роль для сектора здравоохранения (Аделаидское... 2010). «Для продвижения подхода по учету интересов здоровья во всех стратегиях сектор здравоохранения должен учиться работать в партнерстве с другими секторами. Необходимы совместное изучение политических инноваций, новых механизмов и инструментов, а также усовершенствованная нормативно-правовая база. Сектор здравоохранения должен быть внешне ориентирован, открыт для других и оснащён необходимыми знаниями, навыками и мандатом. В новые обязанности департаментов здравоохранения целесообразно включить: понимание политических повесток дня и административных обязанностей других секторов; создание базы знаний и фактических данных в отношении вариантов политики и стратегий; проведение в рамках процесса разработки политики оценки последствий для здоровья разных вариантов стратегий; создание регулярных платформ для проведения диалога и решения проблем совместно с другими секторами; проведение оценки эффективности межсекторальной работы и комплексное формирование политики; создание потенциала с помощью усовершенствованных механизмов, ресурсов, поддержки учреждений и квалифицированного и преданного делу персонала; работу с другими подразделениями правительства над достижением их целей и в ходе этого процесса укрепление здоровья и благополучия».

Таким образом, объединение усилий всего общества для обеспечения охраны здоровья населения предполагает проведение скоординированной межсекторальной политики (Здоровье-21 – стратегия... 1999; Подготовка... 1999;

Здоровье и устойчивое... 2003; ЕРБ... 2003; Kleiner D., 1995; Rogers R., 1997; The city... 1997; Tsourou C., 1998; Healthy Newcastle-Our... 1998; The Povel experience... 1998; Tsourou C., 2000; WHO... 2005; Pukinaitė V., 2015).

Rokvić V., Jeftić Z. (2015) вопросы охраны здоровья рассматривают в качестве проблем национальной безопасности. С этих позиций Совет Безопасности ООН принимал резолюции в отношении межсекторальной борьбы со СПИДом, вспышкой Эбола, атипичной пневмонией, пандемией H₁N₁, как «угрозами международному миру и безопасности».

Ассамблея здравоохранения отмечает, что во всем мире насилие является основной проблемой охраны здоровья населения и что дорожно-транспортные происшествия создают масштабные и серьезные проблемы в области общественного здравоохранения. На снижение травматизма должны быть направлены усилия различных секторов государства и общества (Health... 2007)

Очевидно, что для организации межсекторальной деятельности обязательно должна быть создана общая система взглядов на цели, задачи, пути и механизмы решения проблем охраны здоровья населения. Стратегия межсекторальной деятельности должна отвечать на вопрос, как решать проблемы, как примирять разные цели и интересы, где брать деньги и т.д. Наиболее эффективным вложением в человеческий капитал является система мер, обеспечивающая предупреждение потерь здоровья людей, реализуемая через различные министерства, ведомства, хозяйственные и властные структуры. Во многих странах в связи с этим происходит переориентация на межсекторальный подход к охране здоровья населения и перенос акцента с развития системы медицинских услуг на организацию работ по всемерному сохранению здоровья людей и планированию медицинской помощи на основе реальных потребностей общества. Упор делается на развитие общественного здравоохранения, определяемого R. Alderslade как «наука или искусство предупреждать болезни, продлевать жизнь людей и укреплять их здоровье с помощью организованных усилий общества» (цит. по: Вахитов Ш., 2000).

Представляется необходимым обеспечить рост ответственности и заинтересованности в здоровье людей всех секторов и их руководителей любого уровня. Это станет возможно, «если показатели здоровья населения окажутся в числе основных при оценке деятельности каждого руководителя в любом секторе, а ответственность за развитие общественного здравоохранения будет нести глава администрации» (Методическое руководство... 2004).

По мнению Х. Бартона, К. Цуру (2002), «для достижения позитивных перемен в здоровье населения должны быть реализованы следующие элементы межсекторального сотрудничества: проведение активной демографической политики и регулирование демографических процессов при тесном сотрудничестве с миграционными службами; взаимодействие с органами труда и социальной защиты населения по основным направлениям оказания профилактической, медико-социальной и реабилитационной помощи гражданам, а также по вопросам дифференцированной оплаты труда медицинских работников; принятие совместных мер по вопросам охраны окружающей среды – с соответствующими государственными органами; взаимодействие в вопросах воспитания, обучения и охраны здоровья детей и подростков с государственными органами образования, внутренних дел, спорта, обороны, культуры и информации; решение вопросов по обеспечению населения питьевой водой, средствами телекоммуникаций, дорогами, санитарным транспортом, медицинским обслуживанием и проведению мероприятий по санитарно-эпидемиологическому благополучию во взаимодействии с соответствующими центральными и местными исполнительными органами; дальнейшая интеграция противотуберкулезной службы – с правоохранительными и другими государственными органами; усиление мер по развитию физической культуры и спорта среди широких слоев населения, координации деятельности с организациями физической культуры, спорта, туризма, мотивации и созданию условий для ведения здорового образа жизни и занятий спортом; широкое использование средств массовой информации для пропаганды здорового образа

жизни и предупреждения заболеваний; координация действий со службами по чрезвычайным ситуациям при возможном возникновении стихийных бедствий природного и техногенного характера, а также вспышек инфекционных заболеваний; развитие службы реабилитации и паллиативной помощи, включая организацию хосписов, больниц сестринского ухода, с привлечением заинтересованных министерств и ведомств, а также с участием международных и неправительственных организаций; усиление сотрудничества со службами транспортно-коммуникационного комплекса по проблемам обеспечения безопасности движения, улучшения экологической обстановки».

Реализация межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения, указанных подходов имеют место во многих странах (City Health Profiles. A review... 1998; Implementation... 1998; Our healthier... 1998; Project... 1999; Barton H., Mitcham C., 2002; National Healthy Cities... 2003; Our Vision... 2005, и др.). При этом вопросы государственной политики в сохранении здоровья рассматривают как приоритетные, например, в республиках Беларусь (государственная программа «Образование и молодежная политика» на 2016–2020 годы, утвержденная постановлением Совета министров от 28.03.2016 г. № 250), Казахстан (государственные программы «Саламатты Қазақстан» и «Денсаулық», соответствующие указы Президента и постановления Правительства; Нурмуханбетова Р.Н., 2009; Ташметов К.К., 2016), Кыргызской Республике (Проект «Разработка», 2004).

Гражданам Российской Федерации гарантируется право на охрану здоровья в соответствии с Конституцией Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 г.), общепризнанными принципами и международными нормами и международными договорами Российской Федерации, Конституциями (уставами) субъектов Российской Федерации. При этом межсекторальное взаимодействие по охране здоровья населения реализуется и в нашей стране. Определена его целесообразность (Богомолова Н.Д., 2005; Вялков А.И., Сырцова Л.Е., 2005; Найговзина Н., Филатов В., 2009; Калашников К.Н., 2011;

Сибурина Т.А., Барскова Г.Н., Лохтина Л.К., 2012; Шуева М.К., 2012; Швец Ю.Ю., 2016). Этому в полной мере соответствует определение (дефиниция) охраны здоровья, представленная в Федеральном законе РФ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изменениями от 29.12.2017 г.), статья 2, – «...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».

Подобная дефиниция впервые в нашей стране была сформулирована в Постановлении Верховного Совета РФ от 22.07.1993 г. № 5489-1 «О порядке введения в действие Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (с изменениями и дополнениями от: 24 декабря 1993 г., 2 марта 1998 г., 20 декабря 1999 г., 2 декабря 2000 г., 10 января, 27 февраля, 30 июня 2003 г., 29 июня, 22 августа, 1, 29 декабря 2004 г., 7 марта, 21, 31 декабря 2005 г., 2 февраля, 29 декабря 2006 г., 24 июля, 18 октября 2007 г., 23 июля, 8 ноября, 25, 30 декабря 2008 г., 24 июля, 25 ноября, 27 декабря 2009 г., 27 июля, 28 сентября 2010 г., 18 июля, 7 декабря 2011 г.). В этом документе (статья 1) охрана здоровья – это совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья.

Приведенные дефиниции, при безусловной схожести, отличаются тем, что в дефиниции 1993 г., во-первых, нет указания на то, какие структуры должны осуществлять охрану здоровья населения, хотя в дальнейшем – по тексту это констатируется. Во-вторых, речь идёт о «совокупности мер», а в 2011 г. – об их системе, то есть уже подразумевается реализация принципов и положений системного подхода.

Вместе с тем, несмотря на такое признание межсекторального взаимодействия, в том числе правовое, его осуществление не получило должной реализации и научного обоснования, в том числе целесообразность использования принципов и положений теории систем (см. раздел 1.2).

Важно определиться с формами организации межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения (Совершенствование управления... 2003). Так, в ряде регионов нашей страны созданы советы по здравоохранению при руководителях региональных органов власти и органах местного самоуправления, членами которых являются руководители региональных органов исполнительной власти, здравоохранения, крупнейших медицинских учреждений. Примерами могут служить создание межведомственного совета по вопросам здравоохранения и социальной политики при главе Республики Коми, совета по здравоохранению при губернаторе Калужской области, при городском голове г. Калуги.

В г. Новосибирске аналогичные функции выполняет Общественный совет по стратегическим проблемам устойчивого развития города, созданный при мэрии города (Департамент... 2018). В г. Северодвинске Архангельской области и в г. Советске Калининградской области созданы попечительские советы по здравоохранению. Их членами являются руководители крупнейших предприятий и медицинских учреждений города, представители муниципальных органов управления, общественности. В Вологодской области для управления процессом разработки региональной политики охраны и укрепления здоровья населения создан Координационный совет, объединивший руководителей пяти рабочих

групп – представители департаментов здравоохранения, финансов, образования, физической культуры и спорта, охраны окружающей среды, культуры, печати и телерадиовещания.

К.Р. Амлаев (2010) в докторской диссертации, посвященной разработке организационно-методологических подходов к реализации проектов по охране и укреплению здоровья населения на муниципальном уровне, представляет опыт создания организационной структуры проекта «Здоровые города» в г. Ставрополе. Руководящий орган проекта – комитет управления (координационный комитет), осуществляющий функции стратегического планирования, управления, координации и контроля. Председатель – глава города, члены – представители структурных подразделений администрации, депутаты городской Думы, представители общественных организаций, ученые, журналисты. Сформированы, кроме того, бюро проекта и рабочие группы мониторинга и выработки индикаторов (по формированию жилищно-коммунальной политики, образовательной воспитательной среды города; разработке информационной политики и связям с общественностью, политики общественной безопасности, финансово-экономической политики здорового города, культурно-оздоровительной среды города и др.), а также по ключевым направлениям: здоровому городскому планированию и экологическому благополучию; оценке воздействия на здоровье; здоровому долголетию; физической активности.

Работа перечисленных координационных структур дополняется заключением договорных соглашений о взаимодействии между различными структурами системы здравоохранения, а также других секторов, что позволяет учесть взаимные интересы договаривающихся сторон, чётче определить круг ответственности и виды совместной деятельности.

Создаются и специальные структуры, предназначенные для научного обоснования решения вопросов межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения. Так, в Первом Московском государственном медицинском университете имени И.М. Сеченова функционирует лаборатория

межсекторальных стратегий по обеспечению здоровья (Лаборатория... [Электронный ресурс]).

В ряде работ межсекторальное взаимодействие исследуется в контексте конкретных направлений охраны здоровья населения – борьбы с табакокурением, алкоголем, наркотиками и др. Их результаты регулярно представляются на конференциях, в том числе международных, под такими названиями, как «Здоровье нации: влияние табакокурения, алкоголя и наркотиков», «Межсекторальное взаимодействие в создании медико-социальных программ помощи больным алкоголизмом и наркоманией (международный опыт)», «Здоровье нации и социальная безопасность» и др. На основе межсекторального взаимодействия формируются и реализуются соответствующие программы. Например, «Межсекторальное взаимодействие в области ВИЧ / СПИД» (Проект «Развитие межсекторального ...», 2009).

В ряде регионов, например, Саратовской области, действует не один, а несколько межведомственных координационных советов, имеющих отношение к охране здоровья населения, в частности, по формированию здорового образа жизни и демографической политике.

В приведенных публикациях, посвящённых органам управления межсекторальным взаимодействием, не указываются конкретный перечень заинтересованных секторов, их значимость, сила связи, как учитываются детерминанты здоровья, осуществляется ли соответствующий мониторинг их деятельности, как формируются перечень проводимых мероприятий.

Одним из основных принципов охраны здоровья населения является приоритет профилактики. Однако, хотя профилактической работе, в частности в медицинских организациях, посвящено большое число публикаций, и её осуществление подкреплено адекватной нормативной правовой базой, как правило, рассматриваются вопросы профилактики конкретных заболеваний. Так, с позиций межсекторального взаимодействия рассматривалась профилактика: инфекций, передающихся половым путём (Сенчугов С.В., 2009); социальная

(Москаленко В.Ф., 2011); доказательная (Пузанова О.Г., 2013); заболеваний в учебных заведениях (Денисов Л.А., Мерзликин Л.А., Савичева Н.М., 2014; Кучма В.Р., 2014); работающих (Воронкова С.В., 2016); в дошкольных учреждениях и младшей школе (Бахадова Е.В., Соколовская Т.А., 2017), хронических неинфекционных заболеваний (Сырцова Л.Е., 1996; Отчёт... 2015; Коммуникации как... 2017; Пересыпкина Т.В., 2017). Вместе с тем организация профилактической работы, её состояние на региональном уровне исследованы 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). Восполнение этого пробела позволит получить более полное представление об осуществлении рассматриваемого межсекторального взаимодействия.

Межсекторальное взаимодействие исследовалось в рамках ряда направлений деятельности здравоохранения: организации противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией (Состояние контингента... 2014); решения существующих проблем развития первой помощи (Дежурный Л.И., Закурдаева А.Ю., Лысенко К.И., 2011); формировании активной жизненной позиции лиц с инвалидностью (Сизикова В.В., Аникеева О.А., 2016); эффективной подготовке медицинских кадров (Межсекторальное взаимодействие... 2014); обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия в период паводка (Роль... 2017).

Значительное число исследований посвящено межсекторальному взаимодействию в обеспечении здоровья отдельных категорий населения, в частности детей (Кучма В.Р., 2014; Степанова М.И., Березина Н.О., Сазанюк З.И., 2016; Польша Н.С., Коблянская А.В., Скляренко К.А., 2016; Медико-социальные причины... 2017; Бахадова Е.В., Соколовская Т.А., 2017; Children's... 2004), подростков (Чичерин Л.П., Согияйнен А.А., 2012; Куликов А.М., Ипполитова М.Ф., 2017), студентов (Проскурякова Л.А., 2014), лиц трудоспособного возраста (Амлаев К.Р., Муравьева В.Н., 2007).

Исследователями уделяется внимание межсекторальному взаимодействию при формировании здорового образа жизни (Кучма В.Р., 2014; Денисов Л.А., Савичева Н.М., Федорович А.В., 2015; Дорофеев С.Б., Бабенко А.И., 2015; Савичева Н.М., Федорович В.А., 2017). Вместе с тем недостаточно внимания было уделено анализу составляющих образа жизни в конкретных регионах.

Часто анализируется соответствующее функционирование только отдельных заинтересованных в охране здоровья секторов, например образования (Коробейников А.А., 2009), или их ограниченное число: власти, научно-исследовательские организации; здравоохранение и образование (Кочуров А.М., Пестова А.Ю., Чернова О.Е. 2010); политические деятели; структуры по планированию здравоохранения; профессиональные ассоциации; законодательный орган; суды, средства массовой информации (Clarke D., 2016).

В.Г. Дьяченко, М.Ф. Рзянкина, Л.В. Солохина (2012) отмечают, что, «к сожалению, привести примеры действий других секторов (кроме здравоохранения) в России – задача весьма сложная, и, хотя имеется достаточно много сообщений в средствах массовой информации и различных официальных отчетах «о проделанной работе», результаты в виде атрибутов здоровья печальны. В то же время в реальной жизни есть четко очерченные секторы, которые в силу своего статуса и положения, действуя от имени государства или общества, обязаны осуществлять свой вклад в здоровье». При этом авторы не только указали девять таких секторов, но и определили их возможный вклад (табл. 1.1).

Таблица 1.1 – Межсекторальное взаимодействие в рамках охраны здоровья подрастающего поколения (по Дьяченко В.Г., Рзянкиной М.Ф., Солохиной Л.В., 2012)

Сектор	Возможный вклад
Экономика и финансы	Финансовая политика – налогообложение и субсидии Перераспределение государственных ресурсов
Образование (школы)	Разработка учебных программ Школьная среда Предоставление услуг вне школьной программы, ориентированных на детей и подростков Предоставление питания в школе

Сектор	Возможный вклад
Добровольные организации	Физическая активность Спорт Проведение досуга целенаправленного характера
Средства массовой информации	Повышение уровня информированности Участие общественности в анализе информации Рекомендации и информация Подотчетность лиц, принимающих решения
Социальное обеспечение	Психосоциальная поддержка Адресные пособия Жилищные нормы Бытовая безопасность
Закон и правосудие	Защита ребенка Обеспечение безопасной среды обитания Поддержка семьи
Окружающая среда	Нормы и стандарты в отношении антропогенной среды Городское планирование Нормы водоснабжения и санитарии Экологический мониторинг
Сельское хозяйство и пищевая промышленность	Первичное производство Пищевые стандарты и состав продуктов питания промышленность Обогащение пищевых продуктов и добавки Маркетинг Политика ценообразования Обучение потребителей
Транспорт	Дорожное строительство Характеристики транспортных средств Нормы безопасности

Требуется дальнейшее исследование перечня заинтересованных в охране здоровья населения секторов, а также их подобного «возможного вклада», в том числе определение удельного веса деятельности каждого. Кроме того, желательно обосновать методический подход, позволяющий определять секторы, участие которых в охране здоровья населения в конкретном регионе и в конкретной ситуации целесообразно.

По мнению О.А. Adeleye, A.N. Ofili (2010), «сектор «Здравоохранение» должен играть особую роль в межсекторальном взаимодействии по охране здоровья населения, в частности перед ним стоит задача мобилизации всех заинтересованных сторон для межсекторального сотрудничества путём

пропаганды и программирования. Тем не менее специальных исследований этого вопроса недостаточно».

По данным Towards... (2007), важность «всеобъемлющего межсекторального подхода к охране здоровья будет только возрастать, что связано с новыми проблемами и рисками, вытекающими из изменений в окружающей среде, климате, появлении новых патогенов, растущих тенденций в торговле и перевозках опасных веществ и повышении мобильности и миграции людей».

Таким образом, материалы, представленные в разделе 1.1, во-первых, свидетельствуют об актуальности исследования проблемы охраны здоровья населения как за рубежом, так и в нашей стране. Во-вторых, решение этой проблемы выходит за пределы функционирования системы здравоохранения и должно базироваться на научном обосновании оптимизации соответствующего межсекторального взаимодействия. Для определения направлений такой оптимизации есть необходимость в обосновании соответствующей методологической базы.

1.2 Методологические аспекты исследования и обоснования направлений оптимизации межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения

Анализ источников отечественных и зарубежных исследователей по проблемам охраны здоровья населения позволяет сделать вывод, что в настоящее время изучение этого сложного и многопланового процесса проводится в основном с аналитических позиций. При этом предмет исследования расчленяется на составные части с последующим анализом каждой из них в отдельности. На этом пути получен ряд существенных результатов, представляющих интерес для организации работы по сохранению, укреплению и восстановлению здоровья населения.

Вместе с тем здесь проявляется парадоксальный факт: накопление огромной массы нового и добротного, но разрозненного эмпирического материала не только не облегчает, но, напротив, затрудняет познание сложного объекта (Блауберг И.В., Юдин Э.Г., 1973; Кант В.И., 1997). Установлено, что при решении сложных и многокомпонентных проблем существенных успехов можно достичь, если опираться на методологию системного подхода (Работа... 1999; Давыдов В.М., 2006; Кораблев В.Н., Ратманов П.Э., 2006; Гречишников А.П., 2010; Архипова С.В., 2012; Индикаторы... 2013; Кораблев В.Н., Дементьева Е.Л., 2014; Кораблев В.Н., 2015). Это имеет прямое отношение к исследованию и осуществлению межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения на региональном уровне.

Такая необходимость признаётся – как правило, рассматривается не просто процесс охраны здоровья населения, а соответствующая система (Коршевер Н.Г., 1990; 1997; 2000; Иванов В.Н., Гуляев В.А., Голов Ю.С., 2000; Сергеев И.П., 2001; Абушинов В.В., 2003; Решетников В.А., Лавриненко О.В., Коршевер Н.Г., 2004; Милосердов В.П., 2005; Трухина Г.М., 2008). Однако при этом, по мнению Н.Г. Коршевера (1996), Павлова В.В., Суслина С.А., Каширина А.К. (2008), Жиленко С.О. (2009), нередко ограничиваются использованием термина «система» или под системой подразумевают простую совокупность компонентов и анализируют отдельные из них, что в полной мере относится к опыту исследования межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения. Тем более что публикаций, посвящённых данной проблеме, недостаточно.

Потребность в использовании понятия «система» возникла для объектов различной физической природы в глубокой древности: еще Аристотель обратил внимание на то, что целое (то есть система) невозможно свести к сумме частей, его образующих. Существует множество определений понятия системы. Вместе с тем представляется, что для решения задач настоящего исследования в большей степени подходит определение П.К. Анохина (1980): «Системой можно назвать только такой комплекс избирательно вовлеченных компонентов, у которых

взаимодействие и взаимоотношение приобретают характер взаимосоддействия компонентов на получение фокусированного полезного результата».

Системный подход представляет собой конкретно-научную методологию познания сложных объектов, пришедшую на смену аналитическим исследованиям. Сущность системного подхода заключается в том, что объекты исследования изучаются как системы.

В.С. Стёпин (2012), разделяет системы на простые, сложные саморегулирующиеся и сложные саморазвивающиеся системы. Для решения задач настоящего исследования целесообразно рассматривать межсекторальное взаимодействие по охране здоровья населения, как сложную саморегулирующуюся систему. Целостность данной системы предполагает наличие особого блока управления, прямых и обратных связи между ним и подсистемами, программы функционирования.

Главной целью представления межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения в виде такой системы можно считать оказание помощи в понимании и решении имеющейся проблемы его оптимизации, что достигается путём выбора соответствующего представления (описания), то есть модели. При этом необходимо стремиться к наибольшей формализации представления, что уменьшает неполноту, избыточность и неоднозначность в понимании объекта.

Основная конструктивная идея моделирования при отображении сложного объекта формулируется следующим образом: «накапливая информацию об объекте, фиксируя при этом все новые компоненты и связи и применяя их, можно получать отображения последовательных состояний системы, постепенно создавая всё более адекватную модель реального, изучаемого или создаваемого объекта». При этом информация поступает от специалистов различных областей знаний (в нашем случае – представителей заинтересованных в охране здоровья секторов) и накапливаться во времени по мере ее возникновения (в процессе познания объекта) (Аполов О.Г., 2012).

Исходя из этих положений, возможны несколько вариантов системного подхода к исследованию межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения. Один из таких вариантов – рассмотрение этого процесса с позиций теории функциональных систем (Анохин П.К., 1971, 1975; 1980; Судаков К.В., 1984, 1987, 1994, 1997). Данный вариант, первоначально обоснованный в нейрофизиологии, в последующем успешно реализовался в качестве методологии при исследовании различных аспектов деятельности человека, в том числе в области здравоохранения – профессиональной подготовки врачей (Еругина М.В., Коршевер Н.Г., Завалёва Е.В., 2014; Доровская А.И., Еругина М.В., Коршевер Н.Г., 2016; Завалёва Е.В., 2016; Климчук О.Г., Коршевер Н.Г., Касаткин Н.Н., 2017), медицинских аспектов военного труда (Новиков В.С., Чепрасов В.Ю., 1993; Коршевер Н.Г., Жиленко С.О., 2010; Коршевер Н.Г., Кан С.А., 2010; Коршевер Н.Г., Ситмбетов Д.А., 2011), оказания медицинской помощи различным категориям населения (Вялков А.И., 1994; Черевко С.Н., Моклецов Е.Н., Коршевер Н.Г., 1999; Водяненко И.М., 2000; Сергеев И.П., 2001; Милосердов В.П., 2005; Байтуров О.Р., Еругина М.В., Коршевер Н.Г., 2011; Сазанова Г.Ю., 2017).

Теория функциональных систем, как следует из приведенной ранее дефиниции системы П.К. Анохина (1980), в отличие от других направлений системного подхода, исходит из ведущей роли полезного результата, который выступает в качестве системообразующего фактора. Функционирование же (движение) системы понимается как процесс последовательного изменения ее состояния.

Важно учитывать, что все функциональные системы, независимо от уровня их организации и количества составляющих компонентов, имеют принципиально одну и ту же функциональную архитектуру (принцип изоморфизма): афферентный синтез; стадия принятия решения; эфферентный синтез; обратная афферентация о параметрах достигнутого результата.

Принцип изоморфизма целесообразно реализовать и в настоящей работе – при исследовании функционирования системы межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения, то есть необходимо провести анализ каждой стадии данной системы (рис. 1.1).

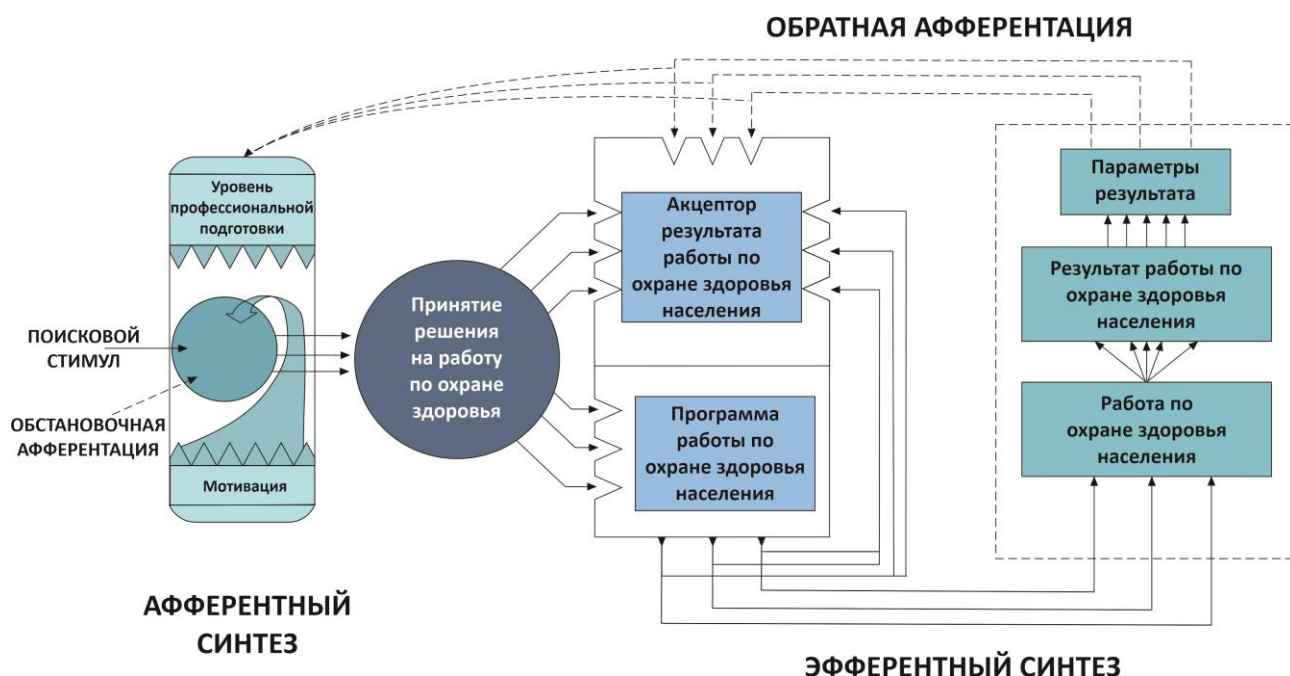


Рисунок 1.1 – Функциональная система межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения

При этом реализация теории функциональных систем предполагает, что объекты исследования должны охватывать не только результаты межсекторального взаимодействия. В диагностировании нуждаются вопросы организации этого процесса, знания положений руководящих документов, мотивации участников, принятия и реализации управленческих решений, стиля работы, предвидения потребного результата и др.

Анализ литературы свидетельствует о том, что базисом решения проблемы охраны здоровья населения является выявление факторов, влияющих на него, – детерминант здоровья (The Ottawa... 1986; The Bangkok... 2005), то есть такой составляющей функциональной системы, как обстановочная афферентация (условия, в которых функционирует система). В рамках Всемирной организации здравоохранения действует специальная Комиссия по социальным детерминантам здоровья.

Классическими признаны результаты исследований Ю.П. Лисицына (1989, 1992, 1998, 2011, 2012), который доказал по данным о заболеваемости населения приоритет влияния на состояние здоровья факторов образа жизни – более половины всех воздействий (50–55%). Примерно по 20% занимают наследственные факторы (15–20%) и загрязнение окружающей среды (20–25%) и примерно 10% приходится на работу органов и учреждений (служб) здравоохранения (10–15%) (рис. 1.2).



Рисунок 1.2 – Факторы, влияющие на состояние здоровья (по Лисицыну Ю.П., 1989; 1992)

При этом Ю.П. Лисицын к факторам образа жизни отнёс курение, употребление алкоголя, несбалансированное питание, стрессовые ситуации (дистрессы), вредные условия труда, гиподинамию, низкую физическую активность, потребление наркотиков, злоупотребление лекарствами, напряжённые семейные отношения, напряжённые психоэмоциональные отношения на работе, низкий культурный и образовательный уровень; к факторам внешней среды – загрязнение воздуха и воды канцерогенами и другими вредными веществами, загрязнение почвы, резкие смены состояния атмосферы, повышенные гелиокосмические, радиационные, магнитные и другие излучения; к генетическим факторам – предрасположенность к наследственным болезням, наследственная предрасположенность к тем или иным заболеваниям; к факторам здравоохранения – неэффективность профилактических мероприятий, низкое качество и

несвоевременность медицинской помощи. С образом жизни он связывал и понятия «уклад жизни», «уровень жизни», «качество жизни», «стиль жизни».

M. Whitehead, G. Dahlgren (1991) расположили основные детерминанты здоровья в виде полусфер, «слоев» влияния, начиная от индивидуального и заканчивая уровнем общества в целом (рис. 1.3).

Люди со своими определёнными биологическими характеристиками находятся в центре. Их окружают группы факторов, влияющих на здоровье, которые поддаются модификации. На рисунке основные детерминанты здоровья показаны в виде полусфер, «слоев» влияния, начиная от индивидуального и заканчивая уровнем общества в целом.

К.Р. Амлаев (2010) справедливо считает, что и на этом рисунке приведены не все детерминанты здоровья. Например, там нет транспорта, который оказывает существенное влияние на здоровье людей, обеспечивая возможность добраться до места работы, учебы, досуга и отдыха, не в полной мере представлены гендерные особенности, политика или политический контекст и др.



Рисунок 1.3 – Основные детерминанты здоровья (Whitehead M., Dahlgren G., 1991)

В ряде исследований выявлено влияние на здоровье структурных показателей социально-экономического неравенства (Киселев А.С., 2005; Behavioral... 1996; Engaging... 2006; The world... 2007; Health Equity... 2008; Human... 2010, Freire M.S.M., Franco de Sá R.M.P., Gurgel I.G.D., 2017, и др.).

Так, в публикациях R. Wilkinson, M. Marmot (2003), Intersectoral... (2013) отмечено, что «эти факторы (род занятий, уровень дохода, место проживания) часто воздействуют на состояние здоровья значительно сильнее, чем образ жизни (курение, употребление алкоголя, занятие физкультурой и спортом, масса тела). Действительно, детерминанты здоровья, точнее, их качество, оказывают различное влияние на людей. Например, существуют неодинаковые возможности для получения качественной помощи, образования, доступа к «здоровым» продуктам. Все это формирует в конечном итоге некое неравенство в детерминантах здоровья. Неравенство в детерминантах здоровья (или в условиях для здоровья) означает, что для отдельных людей, групп или сообществ оказываются недоступными хорошее жилье, работа, образование и другие определяющие здоровье группы факторов».

По материалам Human Development... (2016), «разнообразные группы населения по-прежнему страдают от основных видов обездоленности и сталкиваются со значительными препятствиями при их преодолении. Наложение всей совокупности факторов авторы интерпретируют как косвенный «вклад» структурных условий через поведение». Представляют интерес работы К.Р. Амлаева (2010) и К.Р. Амлаева и соавт. (Комплексная оценка... 2008), обобщивших данные изучения рассматриваемой проблемы.

Вместе с тем в указанных работах, посвящённых исследованию детерминант здоровья, во-первых, как правило, был реализован интегративный подход к их оценке, например, в целом социально-экономического неравенства или образа жизни. В то же время данные группы включают перечень факторов. Более того, различные авторы, даже при таком интегративном подходе, целенаправленно рассматривали только отдельные группы детерминант или

отдельные из них, не анализируя другие: О.Н. Яницкий (2010), Е.О. Гузик (Гигиеническая оценка... 2015) – внешней среды; Социальные... (2010), Предварительный... (2011), А.А. Алексеева (2017), Social determinants ... 2007; A conceptual... (2010), Health... (2013) – социальные; А.У. Аманбеков и соавт. (Современные... 2017) – связанные с профессией; Factors... (2014) – в области первичной медико-санитарной помощи; О.А. Измайлова и соавт. (Социально-гигиенические... 2017) – социально-гигиенические; П.Ф. Кику и соавт. (Концепция... 2016) – качества жизни; Т.С. Хайдарова, А.Э. Игликова, А.А. Тилеуова (2015) – питание; Восприятие... (2011) – медицинская активность; и многие другие.

Для каждой страны, региона присущи свои экономические условия, свой рынок труда, свои культурные и национальные особенности, характеристики климата, воды, атмосферного воздуха, почвы и т.п., значит, и определённое влияние этих факторов на здоровье. При исследовании проблемы межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения в субъекте Российской Федерации необходимо эти особенности изучать и учитывать.

Целесообразно, во-первых, определить полный спектр детерминант здоровья и сравнительную значимость каждой из них, во-вторых, исследовать характеристики детерминант здоровья в конкретном регионе, в-третьих, не только провести анализ факторов, влияющих на состояние здоровья, но и оценить роль различных секторов общества, которые должны осуществлять работу по охране здоровья, то есть воздействовать на эти детерминанты.

Эффективность осуществления межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения во многом зависит от объективности используемой информации (в рассматриваемой схеме – это «параметры результата»). Значительная её часть представляется руководителями здравоохранения. В то же время при наличии большого числа публикаций, посвящённых результатам их деятельности, процесс осуществления её статистического анализа, в том числе состояния здоровья населения, 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). Вследствие этого есть необходимость в проведении анализа знаний руководителей здравоохранения по статистике и доказательной медицине и их использования в практической деятельности.

Важное внимание должно быть уделено профессиональной подготовке лиц, осуществляющих межсекторальное взаимодействие (в системе – это один из элементов афферентного синтеза), особенно представителей сектора «здравоохранение», которые в силу своего специального образования должны играть доминирующую роль в решении рассматриваемой проблемы охраны здоровья населения (в том числе профессиональной подготовке ответственных представителей других секторов). Эти вопросы ранее не исследовались. В то же время практика дополнительного профессионального образования свидетельствует о том, что как в федеральном государственном образовательном стандарте, утвержденном приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 26 августа 2014 г. № 1114 по специальности 31.08.71 г. «Организация здравоохранения и общественное здоровье (уровень подготовки кадров высшей квалификации)» и профессиональном стандарте «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья», введенном в действие приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации 7 ноября 2017 г., так и разрабатываемых на их базе учебно-методических материалах организационных кафедр медицинских образовательных организаций высшего образования вопросы охраны здоровья населения, безусловно, представлены, но соответствующего межсекторального взаимодействия непосредственно не касаются. При целенаправленном изучении данной проблемы с последующим её решением в повседневной деятельности, по всей вероятности, 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; 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 указанном профессиональном стандарте они определены как «необходимые знания», «необходимые умения» и «трудовые действия»).

Еще один вариант системного подхода к исследованию связан с теорией управления. При этом под управлением понимается процесс целенаправленного воздействия на систему, обеспечивающий повышение её организованности, достижение того или иного полезного эффекта. Система, в которой протекают процессы управления, называется «кибернетической системой управления» (рис. 1.4).

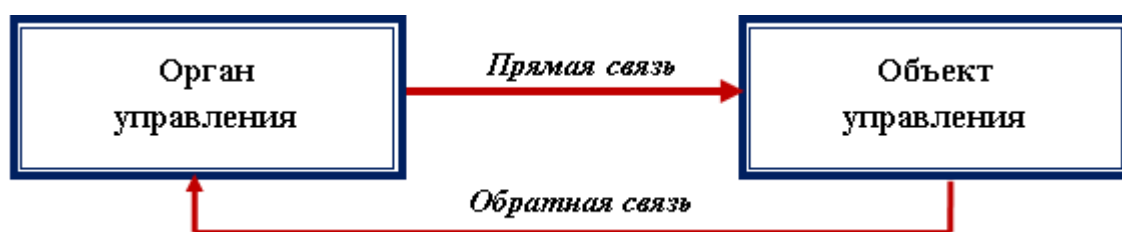


Рисунок 1.4 – Кибернетическая система управления

Действительно, если мы полагаем, что в системах не может быть бесцельных процессов, то должны быть управление достижением этой цели и сама деятельность по ее достижению (Малин А.С., Мухин В.И., 2002). В исследовании есть необходимость реализовать положение теории управления, в соответствии с которым управление целевой деятельностью системы межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения представляет собой совокупность директивных актов целенаправленного воздействия на объекты управления (ключевые подсистемы), основанных на анализе информации о них, позволяющей выявить соответствующие рассогласования – проблемы

(Парахина В.Н., Максименко Л.С., Панасенко С.В., 2003; Иванов В.В., 2004; Давыдов В.М., 2006; Пуртов И.А., 2008; Зинчук Ю.Ю., 2009; Петрова Н.Г., Балохина С.А., 2009; Cioffi J., 1999; Davies J., 2000). Исследований, посвящённых использованию положений теории управления при рассматриваемом межсекторальном взаимодействии, недостаточно. Так, изучали реализацию основных стилей управления при осуществлении межсекторального сотрудничества для укрепления здоровья обучаемых в общеобразовательных школах (Effectiveness... 2015). Целесообразность применения данной методологии требует дальнейшего исследования.

Одним из основных в методологии системного подхода является положение об иерархии систем. Согласно этому положению, каждая система (подсистема) рассматривается как составная часть суперсистемы (системы). При этом, с одной стороны, она подчинена ей в своих проявлениях, а с другой стороны, сама определяет свойства вышестоящей системы на основе собственных свойств. Именно полезный результат функционирования подсистемы (системы), какой бы малой она не была, представляет тот реальный вклад, который эта система может внести при образовании всей системы (суперсистемы). В контексте рассматриваемой проблемы межсекторальное взаимодействие по охране здоровья населения – система (суперсистема), которая в соответствии с принципом иерархии объединяет подсистемы (системы), в частности заинтересованные секторы. Необходимо определить их полный перечень.

Кроме того, при решении вопросов охраны здоровья населения осуществляется иерархическое взаимодействие («взаимосодействие») заинтересованных секторов. Целесообразно проанализировать значимость и направления такого взаимодействия. Здесь может быть реализована теория графов, то есть построен соответствующий граф смежности. Такой подход зафиксирован, но только при исследовании охраны здоровья военнослужащих, когда речь шла о взаимодействии различных должностных лиц воинской части (Работа... 1999).

По мнению А.И. Бабенко (1987), А.И. Вялкова (1994), С.Г. Лузана (1996), системный подход к укреплению, сохранению и восстановлению здоровья, межсекторальное сотрудничество в его интересах станут определяющими и основополагающими в стратегии здравоохранения. К сожалению, данное положение нуждается в более предметном представлении. Действительно, круг должностных лиц, от которых зависит решение проблемы охраны здоровья населения, четко не определён, их организаторская и практическая работа в этом направлении не стала еще неотъемлемой частью служебных обязанностей, усилия должным образом не скоординированы и единым замыслом не объединены, система проведения целенаправленных мероприятий не обоснована.

Исследование компонентно-структурных характеристик системы еще не свидетельствует о происхождении, развитии и перспективах ее существования (Шадриков В.Д., 1982). Следовательно, в настоящей работе межсекторальное взаимодействие должно рассматриваться в движении и развитии, то есть в динамике.

Целесообразно также реализовать ещё один принцип системного подхода – мультипараметрического взаимодействия – изменение результата деятельности одной из функциональных подсистем немедленно, при этой форме взаимодействия, сказывается на результатах деятельности системы в целом. Точно также изменение характеристик какой-либо подсистемы или информативного критерия, характеризующего какой-либо заинтересованный сектор, скажется как на состоянии данной подсистемы или показателя, так и на результатах функционирования всей системы (Завалёва Е.А., 2016; Доровская А.И., 2017). Это имеет прямое отношение к оптимизации функционирования системы межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения. В следующем подразделе представлен анализ возможных направлений такой оптимизации.

1.3 Возможные направления оптимизации межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения

Под оптимизацией (от латинского optimum – наилучшее) общепринято понимать процесс нахождения экстремума (глобального максимума или минимума) определённой функции или выбора наилучшего (оптимального) варианта из множества возможных, приведения системы в наилучшее (оптимальное) состояние (Советский... 1980).

При этом оптимизация функционирования какой-либо системы предполагает получение данных об её исходном состоянии (Иванов В.М. Гуляев В.А., Голов Ю.С., 2000; Давыдов В.М., 2006; Пуртов И.А., 2008, и др.). В процедуре такого диагностирования исследователи выделяют пять относительно самостоятельных этапов: на первом (подготовительном) формируется замысел, определяются цели, задачи, информативные критерии диагностики и методы диагностирования; на втором (поисковом) этапе изучаются объекты диагностирования, выявляется и собирается соответствующая информация; на третьем (оценочном) производится анализ полученных данных, реальные объекты, явления, устанавливается диагноз и определяется его достоверность; на четвертом (продуктивном) этапе прогнозируется характер развития процесса, определяются необходимость и возможности использования полученных материалов для его оптимизации; на пятом (заключительном) этапе организуется хранение диагностической информации (Коршевер Н.Г., Копотев Л.И., Золотарев Е.В., 2002; Давыдов В.М., Коршевер Н.Г., 2008).

Центральным звеном диагностирования, по всей вероятности, является установление диагноза, а диагностика – учение о способах диагноза; установление диагноза (Словарь... 1985). В контексте настоящей работы данное положение предполагает оценку, во-первых, функционирования системы межсекторального взаимодействия и, во-вторых, успешности этого процесса в конкретном регионе.

Для оценки какого-либо явления или процесса используются соответствующие информативные критерии. Так, имеет место ряд документов, регламентирующих диагностику в здравоохранении, которая, как правило, осуществляется в ходе различных проверок. В них представлены соответствующие критерии. Анализ литературы также свидетельствует, что вопросы диагностики в области здравоохранения и критерии оценки рассматриваются (Диагностика систем... 2012; Голиков В.Е., Задоркина Т.Г., 2013; Ориховская Е.Н., 2014; Карымова Д.А., Денисенко Г.В., 2015; Крупина А.А., 2015; Аудит... 2017; Аудит качества... 2017; . Василенко М.А., Баблюян Н.В., 2017; Дубель Е.В., Шепринский П.Е., 2017, и др.).

Безусловно, оценка функционирования каждого из секторов, принимающих участие в работе по охране здоровья населения, может осуществляться с помощью соответствующих информативных критериев.

Иными словами, оптимизация межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения, по-видимому, возможна на базе использования соответствующего способа оценки успешности его функционирования, разработке которого должно предшествовать определение соответствующих информативных показателей (критериев).

Для решения подобного класса задач перспективно использование методов моделирования.

При исследовании вопросов организации медицинского обслуживания населения опыт моделирования имеет место (Поляков И.В., Кудрявцев А.А., 1998; Максимов Г.К., Поляков И.В., Водяненко И.М., 2001; Методические рекомендации... 2007; Князюк Н.Ф., Кицул И.С., 2013). В то же время эти работы в основном посвящены моделированию и, следовательно, оценке деятельности отдельных медицинских организаций, качества при оказании медицинской помощи, информационному обеспечению, нормированию и прогнозированию в здравоохранении, обоснованию медико-экономических стандартов. Особенно эффективным оказалось применение математических методов в военной

медицине – для моделирования медицинского обеспечения боевых действий и прогнозирования санитарных потерь.

Разработан рейтинг по оценке эффективности систем здравоохранения регионов Российской Федерации, который рассчитывается на основании четырёх показателей: ожидаемая продолжительность жизни при рождении; подушевые государственные расходы на здравоохранение; валовой региональный продукт и потребление крепких алкогольных напитков на душу населения (Улумбекова Г.Э., Гинойн А.Б., Калашникова А.В., 2016).

Тем не менее анализ литературы показал, что работ, в которых были бы изложены результаты оценки рассматриваемого межсекторального взаимодействия, недостаточно. Использование оценочных процедур в рассматриваемой проблемной области ограничивается определением влияния на здоровье отдельных заявок (проектов, программ, планов), которые осуществляются рядом секторов государства, общества (Kang E., Park H.J., Kim J.E., 2011). Такая практика имеет место в Великобритании, Финляндии, Венгрии, Нидерландах, Норвегии, Словении.

Так, Е. Ison (2000, 2005) (специалистом-практиком Национальной службы здравоохранения Великобритании) подготовлено Руководство по оценке воздействия на здоровье, в котором обоснованы рекомендации по целенаправленному изучению только конкретных заявок, в частности, на этапе их формирования. При этом как бы предсказывается с различной степенью точности и надежности, которые зависят от качества и количества информации, финансовых и кадровых ресурсов, вероятное будущее. То есть, лицам, участвующим в принятии решений, представляется возможность на основе такой оценки вносить изменения в заявки, их разработку и внедрение в свете защиты и улучшения здоровья населения. Она обеспечивает политиков всесторонней, детальной информацией, основываясь на которой можно принимать более взвешенные решения и выделять приоритеты.

Этот методический подход – предварительной оценки отдельных проектов – представляется целесообразным (Оценка воздействия... 2005; Scott-Samuel A., Birley M., Arden K., 2001; Neuss H., 2002). Результаты его разработки позволили обосновать ключевые факторы, влияющие на здоровье, полезные с точки зрения анализа воздействия на него, главные задачи и стадии процесса оценки, необходимость использования как количественных, так и качественных данных, дать характеристику ускоренной и полной (углублённой) экспертизы, установить источники информации, определить примерное содержание отчета по оценке воздействия на здоровье.

По мнению К.Р. Амлаева и соавт. (Комплексная оценка... 2008), при безусловной положительной оценке приведенного оценочного подхода, «на практике бывает трудно найти доказательства, указывающие на прямую взаимосвязь между конкретной заявкой и возможными последствиями для здоровья. Существующая база данных по детерминантам здоровья и мероприятиям для его улучшения может быть недостаточно надежной. Доказательства, если и существуют, скорее указывают только на ассоциативную, нежели на прямую причинную связь. Могут не совпадать и данные о силе ассоциативных связей. Там, где местные данные не надежны или недостаточно ресурсов для сбора новых данных, можно использовать экстраполяцию данных, хотя это и бывает довольно трудно осуществить».

Так как в центре любой оценки – система информативных показателей (критериев, индикаторов, векторов), есть необходимость в анализе опыта их формирования.

Так, существующая унифицированная система показателей социально-экономического положения муниципального образования, представляемая Госкомстатом России, охватывает широкий спектр информации и в большей степени носит рекомендательный характер. На их основе П.А. Ореховским (1997) разработана система критериев и индикаторов развития муниципального

образования для организации мониторинга социально-экономических процессов города.

В работе фонда «Институт экономики в проекте «Городской барометр» (Индикаторы социально-экономического... 2002) формирование более сбалансированной системы индикаторов базировалось на следующих принципах: комплексность; полнота охвата в сочетании с относительной простотой; возможность насыщения системы достоверной информацией; сопоставимость показателей во времени и пространстве; возможность расширения пространственных и временных границ; открытость для пользователя; однозначная интерпретация показателей.

Структура этой системы индикаторов состоит из трех уровней: первичные показатели, индикаторы, сводные индексы. Система индикаторов, использующихся в проекте, включает 117 показателей, сгруппированных в 4 крупных блока (уровень жизни, экономическая база муниципального образования, муниципальные финансы, нежилая недвижимость и землепользование, сфера услуг и городское хозяйство) и 22 подблока по основным направлениям муниципальной экономики и социальной сферы.

Такая система индикаторов социально-экономического развития нацелена на поддержку процессов принятия решений на уровне муниципальных образований, что может способствовать решению трех основных задач:

- 1) выявление критических проблемных сфер и потенциальных «полюсов роста» на основе анализа этого набора формализованных показателей в динамике, их сравнения с аналогичными показателями в других муниципальных образованиях или с определёнными нормативными значениями;

- 2) оценка ожидаемого эффекта от выполнения мероприятий, предлагаемых в программах муниципального развития, на основе сопоставления с другими муниципальными образованиями, где аналогичные меры уже реализованы;

3) мониторинг и оценка выполнения принятых программ развития муниципальных образований, что создает основу для механизма «обратной связи» в ходе муниципального управления, необходимой коррекции средне- и долгосрочного планирования, уточнения текущих планов.

К.Р. Амлаев (2010) предложил оценивать эффективность реализации конкретных проектов, в частности, проекта «Здоровые города» с помощью индикаторов, которые характеризуют различные разделы жизнедеятельности городского муниципального образования с позиции охраны здоровья граждан: демографическая ситуация (5); состояние здоровья (12); кадровые ресурсы здравоохранения (5); программы улучшения здоровья и их финансирование (6); развитие профилактического направления в здравоохранении (6); улучшение условий среды обитания (3); повышение уровня образования (10); улучшение состояния здоровья детей (3); предоставление возможностей для культурного развития (4); развитие физической культуры и спорта (12); улучшение ситуации с занятостью населения (6); население города Ставрополя (3); развитие промышленности (4); жилищное строительство (4); развитие инфраструктуры города (2); потребительский рынок (3); доходы городского бюджета (3); участие жителей в формировании городской политики по улучшению здоровья (12); общественная активность населения (5); информированность населения об основных решениях, планах, мероприятиях городской администрации (2); обеспечение безопасности жителей (11).

Подобный опыт показывает, что, во-первых, при определении индикаторов (критериев, показателей) межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения их перечень должен быть достаточно обширен. Так, в последнем случае был рассмотрен 21 раздел, который в свою очередь, характеризуется рядом индикаторов (от 2 до 12). При этом как предлагаемые разделы, так и характеризующие их индикаторы целесообразно существенно дополнить. Кроме того, К.Р. Амлаев (2010) при представлении изменения каждого индикатора даёт ориентиры только направлений позитивных изменений. Представляется более

перспективным описать возможную градацию каждого индикатора. Кроме того, здесь все индикаторы равнозначны, то есть не учитывается их важность (значимость, вес). Ни в одной публикации не описывается интегральный способ оценки.

Во-вторых, есть необходимость всесторонне оценивать не только проекты заявок, но и текущее состояние межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения (процессный подход). Это позволит определять направления оптимизации рассматриваемого процесса, в том числе необходимость целенаправленной реализации конкретных заявок.

Разработка такого способа интегральной (многокритериальной) оценки возможна с применением методов теории принятия решений. К настоящему времени насчитываются сотни таких методов, каждый из которых используется для достижения конкретных целей и решения конкретных задач исследования, например, технического характера (Цейтлина Е.Ю., 2008; Мудрогелов Д.М., 2009; Андреев А.Ю., Карпачев И.А., 2010; Андрейчиков Ю.Ю., 2010; Токарев К.Е., Рогачев А.Ф., 2012; Агафонов В.В., Беляев В.В., Ютяев А.Е., 2015; Зинченко А.С., Колосова В.В., Сазонова М.В., 2017; Тебекин А.В., 2018, и др.).

Конструирование способов многокритериальной оценки уже получило реализацию в повседневной деятельности военно-медицинской службы. Так, в работах С.В. Полкова (1999), О.В. Лавриненко (2000), К.Н. Анастасова (2004), В.А. Решетникова, О.В. Лавриненко, Н.Г. Коршевера (2004), В.В. Бессмертнова (2004), П.А. Крупнова (2006), С.А. Сидельникова, Н.Г. Коршевера (2007), С.В. Наконечного (2007), И.А. Пуртова (2008), С.О. Жиленко (2009), О.Р. Байтурова, М.В. Еругиной, Н.Г. Коршевера, 2011 обоснованы многокритериальные способы оценки работы медицинской службы по вопросам сохранения и укрепления здоровья личного состава, деятельности медицинской службы зоны ответственности территориальной системы медицинского обеспечения, мобилизационной работы начальника медицинской службы, организации хирургической работы в воинских частях, обеспечения медицинской

техникой и имуществом, боевой подготовки, в том числе личного состава медицинской службы, медицинского обеспечения безопасности военной службы и др.

Были сконструированы и способы многокритериальной оценки успешности адаптации военнослужащих подразделений охраны, слушателей военно-медицинских вузов, военнослужащих, проходящих военную службу по контракту и по призыву (Трайстер С.В., 2002; Алборов Ц.З., 2004; Дорфман Ю.Р., 2008; Ситмбетов Д.А., 2011).

Аналогичные способы разработаны и для решения задач гражданского здравоохранения: медицинского обслуживания населения муниципального района (Коршевер Н.Г., Гречишников А.В., 2010); управления адаптацией выпускников медицинских вузов к условиям самостоятельной профессиональной деятельности (Еругина М.В., Коршевер Н.Г., Завалёва Е.В., 2014); управления карьерой врачей в медицинских организациях (Доровская А.И., Еругина М.В., Коршевер Н.Г., 2016).

В перечисленных исследованиях реализовался следующий алгоритм конструирования способов многокритериальной оценки.

- I. Определяется перечень информативных критериев.
- II. Устанавливается градация каждого критерия (высокий уровень – 30 баллов; средний – 20 и нижний – 10).
- III. Каждому критерию придаются по методу попарного сравнения коэффициенты значимости (Методы... 1997).
- IV. Все критерии разделяются на две группы: более и менее значимые (относительно пограничного коэффициента значимости).
- V. Определяются модельные варианты оценки:
 - «отлично» (все критерии с коэффициентом важности выше пограничного или равные ему получили 30 баллов, остальные – не менее 20);

- «хорошо» (не менее 50% критериев с коэффициентом важности выше пограничного или равные ему получили 30 баллов, все остальные – не менее 20 баллов);
- «удовлетворительно» (более 50% критериев с коэффициентом важности выше пограничного или равные ему получили 20 баллов, остальные – 30, и не более 50% критериев с коэффициентом важности ниже пограничного – 10 баллов);
- «неудовлетворительно» (хотя бы один из критериев с коэффициентом важности выше пограничного или равный ему, или более 50% других получили 10 баллов).

Как правило, возникает необходимость в определении нескольких десятков информативных критериев. Если их количество ещё больше, то можно реализовать многовекторный способ диагностики (Коршевер Н.Г., Жиленко С.О., 2010). Тогда отдельные критерии объединяются по группам или векторам, то есть каждый вектор состоит из ряда информативных критериев (это сложный вектор). Если в формировании группы нет необходимости и какое-то направление деятельности характеризуется только одним информативным критерием, его нужно считать простым вектором.

В случае многовекторной оценки сначала аналогично многокритериальному подходу оценивается каждый из сложных векторов путём анализа составляющих его информативных критериев. При этом интегральные оценки «отлично» и «хорошо» принимаются за высокий уровень градации данного сложного вектора, «удовлетворительно» – средний уровень и «неудовлетворительно» – низкий. Только после этого осуществляется общая оценка, учитывающая все (и сложные, и простые) векторы.

Установлено, что чем больше набор информативных показателей, тем большую достоверность оценки можно ожидать (Линденбратен А.Л., Ковалева В.В., 2011; Глухова Е.А., Потемкин Е.Л., 2012; Колядо Е.В., Лазарев В.С., Перфильев А.А., 2013; Пивень Д.В., Кицул И.С., 2013; Кицул И.С.,

Пивень Д.В., 2013; 2014; Князюк Н.Ф., Долинская Ю.В., 2014; Гасников В.К., Савельев В.Н., Толмачев Д.А., 2015; Гусева Н.К., Бердугин В.А., 2016; Результаты... 2016; Simonson E., 1966; Borcan G.A., Norris A.H., 1980; Boyd J.C., Lacher D.A., 1982; Ralph A., 1988; Donabedian A., 1978; 1982; 1985; 1988; 1993; McCain J.S., 2008).

Результаты исследований А.Н. Гурова (1998) показали, что 98% неудач в деятельности медицинских работников прямо связаны со слабостью управления, которое также нуждается в оптимизации. Исследованию реализации принципов и положений теории управления в здравоохранении уделяется существенное внимание (Каспрук Л.И., Копылов Ю.Н., 2015; Вялков А.И., Сквирская Г.П., 2015; Столяров А.А., Живодрова С.А., 2017; Смышляев А.В., Мельников Ю.Ю., Артёмова П.В., 2018).

В то же время вопросы управления межсекторальным взаимодействием в области охраны здоровья населения развития не получили. Организация такого управления также может быть обоснована в ходе выполнения настоящего исследования.

Действительно, существенным достоинством перечисленных многокритериальных (многовекторных) способов является то, что они позволяют провести анализ причин получения определённой оценки, так как показывают, за счет каких критериев или критерия (особенно с максимальной величиной коэффициента важности) она выставлена, и, соответственно, дать рекомендации по оптимизации деятельности.

Целесообразно рассмотреть вопрос возможности проектирования технологии такой оптимизации.

Под «технологией» в общем значении, применимом ко всем сферам человеческой деятельности, принято понимать комплекс действий, включающий в себя методы, процедуры, технические приемы, оборудование и другие систематически применяемые инструменты для решения специфических проблем. При этом каждая отдельная сфера деятельности разрабатывает и использует свою

технологии соответственно стоящим перед ней задачам (Гулиева Э.Ф.К., 2015; Современные... 2016; Тихонов А.Ф., Навасардян А.Г., Харьков Д.А., 2018; Binder P., 1999; Hendriks E.R., 2000).

Термин же «проектирование» пришел из технического знания и означает создание опережающей проекции того, что затем будет воплощено на практике (Шагеева Ф.Т., Иванов В.Г., 2006).

Анализ литературы показал, что технология оптимизации межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения до настоящего времени обоснована не была. В контексте проектирования такой технологии может быть рассмотрена работа В.О. Францевой (2011), в которой представлена организационно-функциональная модель межведомственного взаимодействия по организации медико-социальной, медико-психологической, правовой помощи детям из «группы риска», профилактике безнадзорности, беспризорности и преступности и рекомендации по выявлению признаков отклоняющегося поведения у детей, начиная с раннего школьного возраста, диагностике их особенностей на разных этапах развития ребенка, что позволяет проводить своевременные коррекционные и реабилитационные мероприятия. Её апробация оказалась эффективной и позволила снизить преступность несовершеннолетних на 26,0%, групповую преступность – на 24,1%.

Проектирование технологии оптимизации межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения целесообразно с позиций системного подхода – будут учтены все стадии функционирования и подсистемы рассматриваемой системы. Анализ литературы свидетельствует о том, что, во-первых, подобной технологии до настоящего времени не существовало, а, во-вторых, в рассматриваемом контексте обосновывалась оптимизация функционирования только подсистемы здравоохранения.

Также рационально использовать опыт исследований в области военного здравоохранения (публикации перечислены ранее), в которых технологии

оптимизации базируются на сконструированных многокритериальных способах оценки.

Большое число публикаций посвящено обоснованию современных подходов к информатизации и автоматизации деятельности различных секторов, в частности, здравоохранения, как путей повышения эффективности их функционирования.

При описанном многокритериальном (многовекторном) подходе возможна оценка и без применения технических средств, хотя она и представляется громоздкой. Вместе с тем целесообразна соответствующая автоматизация, использование преимуществ электронно-вычислительной техники. Анализ литературы свидетельствует о том, что автоматизация в здравоохранении актуальна как в нашей стране (Ежова Т.В., Ставская А.А., 2009; Гуров А.Н., Плутницкий А.Н., 2013; Яковлев Ю.Р., 2013; Декстер А.П., 2015; Гермес К.Г., 2015; Колтун М.А., Сапон К.С., 2018, и др.), так и за рубежом (Oberholzer M., Brauchli K., 2002; Kirkley D., Rewick D., 2003; Cronin P., 2004; Dyson S.L., Greene B., Fraher E.P., 2004; Types... 2006; Sandars J., Schroter S., 2007; Mahesh S., Crow S.M., 2012, и др.).

Для решения задач настоящего исследования возможно использование двух вариантов автоматизации способов многокритериальной (многовекторной) оценки.

В первом случае используется метод, который базируется на достаточно сложном математическом аппарате (Сафронов В.В., 1995, 1996, 2000). Ещё одним приемлемым вариантом автоматизации является использование программной системы 1С: Предприятие. Данный вариант, адаптированный к цели настоящего исследования, представлен в главе 5.

В конце XX века в российском здравоохранении предприняты первые шаги по созданию единого информационного пространства, охватывающего отрасль в целом. И для эффективного межсекторального взаимодействия необходима интегрирующая информационная инфраструктура (Агамирзян И.Р., 2002).

Создание единого информационного пространства требуется для реализации возможности планирования, координации и оценки соответствующих результатов в области обеспечения охраны здоровья населения как в одном территориальном образовании, так и в нескольких. При этом должна использоваться скоординированная система показателей. При этом появляется возможность управления данным процессом, а не отдельными структурными элементами, участвующими в его реализации.

* * *

Таким образом, анализ литературы свидетельствует о том, что реализация межсекторального взаимодействия в области охраны здоровья населения чрезвычайно актуальная научно-практическая проблема, требующая дальнейшего целенаправленного исследования и оптимизации с реализацией методологических подходов, включающих принципы и положения теорий систем, управления, принятия решений и графов.

Для обоснования оптимизации межсекторального взаимодействия по охране здоровья в субъекте Российской Федерации целесообразно проанализировать состояние этой системы, в том числе среды обитания, здоровья и образа жизни населения, осуществления мероприятий профилактики, профессионального обеспечения ответственных исполнителей заинтересованных секторов.

Не решён ряд вопросов, имеющих отношение к научному аппарату межсекторального взаимодействия, в частности:

- не проводился сравнительный анализ двух систем осуществления охраны здоровья населения – путём реализации межсекторального взаимодействия и традиционной, когда за решение данной проблемы в основном отвечает сектор «здравоохранение»;
- не установлены заинтересованные в охране здоровья населения секторы, их значимость, удельный вес, характеристики взаимодействия;

- не определён полный перечень и значимость детерминант здоровья;
- не выявлено влияние заинтересованных секторов на детерминанты здоровья;
- использование оценочных процедур в рассматриваемой проблемной области ограничивается выявлением влияния на здоровье отдельных заявок (проектов, программ, планов), не сформулированы требования и не сформирована многоуровневая иерархическая структура текущей диагностики межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения путём конструирования способа многовекторной оценки его успешности в одном или ряде субъектов Российской Федерации, территориальных образований;
- не обоснована автоматизация способа оценки успешности межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения;
- не установлены принципы оптимизации межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения;
- не спроектирована технология оптимизации межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения в регионе;
- не определены перспективы оптимизации межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения, в частности создание единого информационного пространства данной системы.

Перечисленные обстоятельства обусловили цель и задачи настоящего исследования, изложенные во введении.

ГЛАВА 2 ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ, ЕГО МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Выдвинутая в исследовании гипотеза заключалась в том, что оптимизация охраны здоровья населения на региональном уровне возможна путём анализа состояния данной системы, исследования заинтересованных секторов государства и общества, детерминант здоровья, формирования эффективной технологии межсекторального взаимодействия.

Объекты исследования – руководители здравоохранения, эксперты, 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.

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

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 документации; моделирования; организационного эксперимента; статистический с реализацией расчетных задач на персональном компьютере.

Применяемые в исследовании методы были адекватны его цели и задачам, информативны, обеспечивали комплексность оценки и динамичность наблюдения, могли быть использованы в реальных условиях практики охраны здоровья населения.

Исследование было проведено в период с 2013 по 2019 г. В процессе выполнения работы можно выделить следующие этапы.

Первый. Проведение теоретико-методологического анализа отечественного и зарубежного опытов исследования проблемы межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения, что позволило определить цель, задачи, методологическую базу, методы исследования, сформировать программу, осуществить анализ и обсуждение полученных результатов.

Второй. Изучение среды обитания, состояния здоровья, образа жизни населения, межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения на примере Саратовской области, его профессионального обеспечения, что дало возможность определить целесообразность оптимизации этого процесса.

Третий. Исследование секторов, заинтересованных в охране здоровья населения в субъекте Российской Федерации, детерминант здоровья – основы научного аппарата межсекторального взаимодействия.

Четвёртый. Разработка автоматизированного критериально-диагностического инструментария межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения.

Пятый. Обоснование и апробация технологии оптимизации межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения в субъекте Российской Федерации и перспектив её развития.

Шестой. Апробация технологии оптимизации межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения в субъекте Российской Федерации в рамках организационного эксперимента, проведённого в Калининградской, Астраханской и Саратовской областях.

Программа исследования представлена в табл. 2.1.

Из данных, представленных в табл. 2.1, следует, что в ходе решения первой задачи исследования было изучено значительное число публикаций отечественных и иностранных авторов, а также нормативное правовое поле межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения. Анализ проводился на протяжении всего периода исследования.

Таблица 2.1 – Программа исследования

Задачи	Методы	Источники и объём информации	Периодичность
1. Провести теоретико-методологический анализ отечественного и зарубежного опытов исследования проблемы межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения как функции современного социального государства	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 России, региональных Правительства и Парламента Доклады управления Роспотребнадзора по Саратовской области Документы областного центра медицинской профилактики, отчёты по фф. 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	На протяжении всего периода исследования 2012–2017 гг. 2012–2018 гг. 2012–2018 гг.

Задачи	Методы	Источники и объём информации	Периодичность
		Федеральные государственные образовательные стандарты по специальности «организация здравоохранение 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 Эксперы – 92 чел.	2017 г.
3. Сравнить две системы осуществления охраны здоровья населения – путём реализации 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 удельный вес, 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	Социологический, аналитический, графоаналитический, статистический	453 анкеты (руководители здравоохранения) 496 анкет (население) Эксперты – 34 чел.	2013–2015 г.

Задачи	Методы	Источники и объём информации	Периодичность
здоровья			
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.
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.

При решении второй задачи работы, в частности исследовании состояния среды обитания, медико-демографических показателей, заболеваемости, инвалидности населения Саратовской области осуществлялся контент-анализ Интернет-ресурсов Федеральной службы государственной статистики, в том числе её территориального органа по Саратовской области, Министерства здравоохранения России, деятельности региональных Правительства и Парламента (данные о структуре и результатах деятельности органов законодательной и исполнительной властей), ежегодных государственных докладов управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзора) по Саратовской области «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации» за 2012–2017 гг.

Так, в последних представлены результаты социально-гигиенического мониторинга (состояния среды обитания и её влияния на здоровье населения); деятельности санитарно-эпидемиологической службы (по улучшению состояния среды обитания, приоритетных санитарно-эпидемиологических и социальных факторов, формирующих негативные тенденции в состоянии здоровья населения, анализу и оценке эффективности достижения индикативных показателей); проблемные вопросы и перспективы их решения.

Исследование образа жизни населения Саратовской области проводилось путём анонимного анкетирования населения – 9260 человек, проживающих в г. Саратове и Саратовской области и проходивших плановое обследование в пяти центрах здоровья.

Минимальный размер выборки респондентов (n) определяли по формуле В. Паниотто, В. Максименко, Н. Харченко (2004):

$$n = 1 / (m^2 + 1 / N),$$

где m – ошибка выборки (в нашем случае 0,05);
 N – объём генеральной совокупности.

С учётом того, что генеральная совокупность (N) – число населения Саратовской области, хотя и колебалось в течение всего периода проведения исследования, но было не более 2 500 000 человек, минимальная выборка должна была составлять 400 человек, то есть количественная репрезентативность была соблюдена. Лица трудоспособного возраста составляли $66,0 \pm 0,5\%$, старше трудоспособного $34,0 \pm 0,5\%$. При этом качественная репрезентативность была соблюдена относительно посетителей центров здоровья области для взрослых, а также распределения населения на трудоспособное и старше трудоспособного (лица моложе трудоспособного возраста, проходящие обследование в детских центрах здоровья, в число респондентов включены не были).

Использовалась анкета, представленная областным (Саратовским) центром медицинской профилактики и адаптированная автором для реализации данной работы. Она содержала вопросы, имеющие отношение к питанию, физической активности, употреблению алкоголя, наркотиков, табакокурению, медицинской активности, сексуальному поведению респондентов (**Приложение 3**).

Решение второй задачи исследования предполагало и анализ осуществления в регионе профилактической работы. При этом изучались документы областного центра медицинской профилактики, в частности планы работы, аналитические справки, отчёты и другие материалы, например, справки по итогам проверок медицинских организаций, а также сводные отчёты медицинских организаций: форма 38-у «Информация по санитарно-просветительной работе» – представляется два раза в год; форма 30 (таблица 4809 – по школам здоровья) – по итогам года.

Материалы областного центра медицинской профилактики сравнивались с данными, полученными из специально разработанных (как и все последующие карты и анкеты) 92 Карт о состоянии профилактической работы в медицинской организации, которые заполнялись экспертами.

В картах предусматривалось получение информации о наличии в медицинских организациях документов, регламентирующих профилактическую

работу, информационно-методических материалов по гигиеническому обучению и воспитанию, конспектов по темам «школ здоровья», оценки осуществления мероприятий первичной, вторичной и третичной профилактики, соотношении и реализации способов и методов осуществления гигиенического обучения и воспитания пациентов, а также направлений деятельности кабинетов (отделений) медицинской профилактики (подробные позиции представлены в **Приложении 4**).

Оценивались медицинские организации с различными условиями оказания медицинской помощи – стационарными ($48,8 \pm 7,7\%$) и амбулаторно-поликлиническими ($51,2 \pm 4,6\%$). При оценке деятельности кабинетов (отделений) медицинской профилактики учитывались только данные Карт, заполненных относительно медицинских организаций, где условия оказания медицинской помощи – амбулаторно-поликлинические.

В зависимости от занимаемой должности эксперты – руководители здравоохранения распределились следующим образом: главный врач (начальник) медицинской организации – $8,6 \pm 2,9\%$; заместитель руководителя (начальника) – $44,3 \pm 5,2$; заведующий (начальник) структурного подразделения – врач-специалист – $31,4 \pm 4,8$; врач-специалист – $15,7 \pm 3,8$ (должности указаны в соответствии с положениями Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. № 1183н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников»). Они повышали квалификацию в центре дополнительного профессионального образования Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского и давали характеристику медицинским организациям, в которых работали.

При отборе данной группы экспертов, а также экспертов, участвовавших в решении других задач исследования, определялись следующие характеристики: опыт профессиональной деятельности по специальности – должен быть не менее 10 лет, компетентность и согласованность мнений (Бешелев С.Д., Гурвич Ф.Г., 1976; Экспертные... 1990; Эйтингон В.Н., Кравец М.А., Панкратова Н.П., 2004;

Масленников В.Е., 2010; Кошевой О.С., Голосова Е.С., Сеидов Ш.Г., 2012; Решетников В.А., Коршевер Н.Г., Доровская А.И., 2015).

Для оценки компетентности применялся метод самооценки с определением совокупного индекса – коэффициента компетентности – среднее значение уровня теоретических знаний, практических навыков и способности к прогнозированию (должен быть ≥ 4 баллам по привычной 5-балльной шкале).

Степень согласованности мнений, рассчитанная с использованием коэффициента конкордации Кендалла, соответствовала высокому значению ($> 0,7$) и была достоверной. Для расчётов коэффициента конкордации (W) использовалась следующая формула:

$$W = \frac{12S}{m^2(n^3 - n)},$$

где:

m – число экспертов;

n – число факторов;

S – сумма квадратов разностей рангов (отклонений от среднего).

Один из основных вопросов, возникающих при отборе экспертов, касается определения их минимального количества, которое позволит получать объективные результаты. При этом мнения различных исследователей различаются.

Так, минимально необходимое количество экспертов можно найти по зависимости (включающей показатель достоверности для заданной доверительной вероятности полученного результата, заданной до начала опроса предельно допустимой ошибке, выраженной в долях среднеквадратического отклонения, и абсолютной погрешности), предлагаемой В.Н. Эйтингоном, М.А. Кравец, Н.П. Панкратовой (2004), – 8 человек.

По расчётам, представленным в [Теория... 2008], – это 19 экспертов (учитывались показатель достоверности для заданной доверительной вероятности полученного результата; доля единиц, обладающих исследуемым признаком; доля

единиц, не обладающих исследуемым признаком; предельная ошибка выборочного наблюдения).

В работе В.М. Мишина (2005) представлена следующая формула для определения минимального числа экспертов:

$$N_{\min} = 0,5 (3 / d + 0,5),$$

где $N_{\min}$ – минимальное число экспертов;
 d – предельная ошибка выборки, равная 0,05.

В этом случае минимальное число экспертов должно быть 30.

Таким образом, в зависимости от используемого способа расчета минимальное необходимое число экспертов изменяется в пределах от 8 до 30. Для учета максимального количества мнений число экспертов, принявших участие в данном исследовании, было не менее верхнего критического значения.

Функционирование системы межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения в Саратовской области исследовалось на основе анализа деятельности двух действующих здесь межведомственных координационных советов – по формированию здорового образа жизни и демографической политике (их структуры, состава, планов работы, результатов деятельности, в том числе по ежегодным отчётам), а также реализуемых в регионе государственных программ (их содержания, ответственных исполнителей и участников, результатов реализации).

При исследовании профессионального обеспечения ответственных исполнителей заинтересованных в охране здоровья секторов учитывались положения федерального государственного образовательного стандарта, утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 26 августа 2014 г. № 1114 по специальности 31.08.1971 г. «Организация здравоохранения и общественное здоровье (уровень подготовки кадров высшей квалификации)» и профессионального стандарта «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья», введенного в действие приказом Министерства труда и социальной защиты Российской

Федерации 7 ноября 2017 г., а также анализировались разрабатываемые на их базе учебно-методические материалы организационных кафедр Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского.

В рамках анализа профессионального обеспечения рассматриваемого межсекторального взаимодействия, кроме того, исследовалась реализация знаний по статистике и доказательной медицине в деятельности руководителей здравоохранения – опрошены те же эксперты, что заполняли карты оценки профилактической работы. Соответствующая анкета представлена в **Приложении 5**).

Сравнение двух подходов к осуществлению охраны здоровья населения – путём реализации систем межсекторального взаимодействия и «традиционной», когда за решение данной проблемы в основном отвечают медицинские работники (третья задача исследования), осуществлялось по результатам экспертного опроса 62 руководителей здравоохранения. Они также повышали квалификацию в центре дополнительного профессионального образования Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского и занимали должности главных врачей (начальников) медицинских организаций – $13,5 \pm 3,1\%$, их заместителей – $39,5 \pm 4,5\%$, заведующих (начальников) структурных подразделений – $20,2 \pm 3,7\%$. Остальные исполняли другие обязанности в качестве специалистов в области управления здравоохранением, в том числе $11,8 \pm 3,0\%$ – в министерстве здравоохранения.

Для проведения сравнительного анализа были определены соответствующие показатели. Условно они были объединены в две группы. Первую составили действия по организации охраны здоровья населения (их 13), вторую – направления его практического осуществления (24). Эти показатели отражены в анкете **Приложения 6**. Кроме того, экспертам было предложено установить, в какой степени реализуется система межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения в районе, где они проживают, городе, области, стране, а также возможные причины, мешающие этому процессу.

Четвёртая задача работы (установить секторы, заинтересованные в охране

здоровья населения в субъекте Российской Федерации, их значимость и удельный вес, проанализировать их взаимодействие) решалась путём анонимного анкетирования руководителей здравоохранения, повышающих квалификацию в центре дополнительного профессионального образования Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского (453 человека – выборка репрезентативна), экспертов и населения. Анкеты представлены в **Приложениях 7, 8**.

Размер выборочной совокупности руководителей здравоохранения для анкетирования (как и населения) определяли по формуле В. Паниотто, В. Максименко, Н. Харченко (2004). С учётом того, что генеральная совокупность (N) – число руководителей здравоохранения в Саратовской области, хотя и колебалось в течение всего периода проведения исследования, но было не более 500, минимальная выборка должна составлять 222 человека, то есть, количественная репрезентативность была соблюдена. Среди респондентов $35,6 \pm 2,1\%$ были мужчины, остальные – женщины, в возрасте до 36 лет – $9,0 \pm 1,3\%$, 36–45 лет – $22,5 \pm 2,0\%$, 46–50 лет – $17,4 \pm 1,8\%$, 51–55 лет – $24,3 \pm 2,0\%$, 56–60 лет – $15,3 \pm 1,7\%$, 61 год и старше – $11,5 \pm 1,5\%$. В зависимости от занимаемой на момент анкетирования должности они распределились следующим образом: главные врачи (начальники) медицинских организаций – $18,4 \pm 1,8\%$; заместители руководителей (начальников) – $42,9 \pm 2,3\%$; заведующие (начальники) структурных подразделений – врачи-специалисты – $24,5 \pm 2,0\%$; врачи-специалисты – $14,2 \pm 1,6$. Необходимо отметить, что отбор для анкетирования руководителей здравоохранения проводился на основании двух критериев: первый – опыт практической деятельности не менее 5 лет (экспертов – не менее 10 лет); второй – компетентность (как и экспертов с определением совокупного коэффициента компетентности). Согласованность мнений (коэффициент конкордации, как при определении групп экспертов) не определялась.

При этом в анкете **Приложения 7** руководителям здравоохранения предлагалось оценить 41 сектор, который потенциально может быть участником межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения, согласиться с

составляющими представленного перечня, либо нет, а также добавить другие. Респонденты отобрали 23 значимых сектора и в анкете **Приложения 8** для руководителей здравоохранения и экспертов (44 человека) анализировались только они (значимость – с разделением на основные или относительно более значимые и относительно менее значимые, а также мера их участия в охране здоровья населения). Кроме того, с учётом указанных заинтересованных секторов строилась матрица смежности (табл. 4.7). Это позволило руководителям здравоохранения оценить силу связи между основными заинтересованными секторами при решении вопросов охраны здоровья населения – межсекторальное взаимодействие.

В решении 5-й задачи исследования (Определить и структурировать перечень, значимость и меру влияния детерминант здоровья, исследовать возможное влияние каждого из заинтересованных секторов на каждую детерминанту здоровья) участвовали как руководители здравоохранения – те же 453 человека, что и при решении 4 задачи, так и эксперты (34 человека), а также население (496 человек – посетители Энгельсского центра здоровья; выборка репрезентативна, состав по возрасту не отличался от лиц, опрошенных относительно образа жизни). При этом использовалась анкета **Приложения 9**. Позиции для определения возможного влияния каждого из заинтересованных секторов на каждую детерминанту здоровья представлены в табл. 4.11.

Шестая задача работы (Обосновать содержание профессиональной подготовки участников межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения, определить компетенции и позиции их сформированности) решалась путём проведения анонимного анкетирования 39 экспертов: из числа профессорско-преподавательского состава организационных кафедр (общественного здоровья и здравоохранения; экономики и управления здравоохранением и фармацией) ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России – 20 человек и руководителей здравоохранения г. Саратова и Саратовской области – главные врачи (начальники) медицинских организаций и их заместители (19). В анкете были

представлены наборы компетенций и позиций их сформированности по рубрикам «знать», «уметь» и «владеть» («необходимые знания», «необходимые умения» и «трудовые действия»). Экспертам предлагалось добавить и другие характеристики (**Приложение 10**).

Конструирование критериально-диагностического аппарата оценки успешности межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения в субъекте Российской Федерации (седьмая задача исследования) осуществлялось на основании результатов анонимного анкетирования тех же врачей-организаторов, которые привлекались к решению четвёртой и пятой задач исследования – респонденты определяли требования к способу оценки (**Приложение 11**), а также путём экспертного опроса руководителей здравоохранения – группа из 43 человек, которые устанавливали информативные векторы и критерии, их градацию – высокий, средний и низкий уровни и коэффициенты значимости (представлены в **приложении 1**). Для определения последних использовался метод попарного сравнения (Методы... 1997). Критерии отбора экспертов были указаны ранее.

Автоматизация способа многовекторной оценки проводилась совместно с программистом на базе системной программы «1С: Предприятие» и осуществлялась следующим образом:

- программисту было представлено описание задачи, в частности, «сконструировать автоматизированный критериально-диагностический аппарат (инструментарий), позволяющий оценить успешность межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения», и он установил, что такая задача может быть решена;
- программист, получив сведения о периодичности и методе решения, составе постоянной и переменной информации, ее входной и выходной формах, разработал соответствующую систему кодирования;

- была обоснована схема обработки информации, разработан алгоритм решения задачи, который программист усовершенствовал и составил машинную модель (описание);
- при разработке машинной программы программисту давались консультации по специальным вопросам;
- программист отладил программу на представленных ему контрольных примерах;
- программист составил инструкцию решения подобных задач.

Подробное описание работы программы представлено в главе 6.

Технология оптимизации межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения разрабатывалась (восьмая задача работы) по результатам анонимного анкетирования руководителей здравоохранения (те же лица, которые участвовали в решении четвёртой, пятой и седьмой задач), которые определяли принципы такой оптимизации (**Приложение 12**). Далее, на основании обобщения материалов всех предыдущих результатов исследования, проектировалась сама технология.

Апробация технологии оптимизации (**Приложения 1 и 2**) осуществлялась в рамках организационного эксперимента по двум направлениям. Первое предусматривало апробацию способа первичной оценки успешности межсекторального взаимодействия, на котором базируется технология. Так, руководители здравоохранения (83 человека) оценивали состояние дел в Калининградской (21), Астраханской (21) и Саратовской (41) областях.

Кроме того, представители заинтересованных секторов Саратовской области – 32 человека использовали данный способ для оценки двух районов региона – Балтайского и Пугачёвского. При этом должностным лицам региона (Губернатору, 18 министрам Правительства области, другим руководителям, в том числе общественных организаций, – подробный список представлен в разделе 6.2) за подписью ректора СГМУ им. В.И. Разумовского были отправлены подробные

инструкции использования разработанного способа с просьбой оценить (в части касающейся) уровни каждого информативного показателя в указанных районах.

Второе направление апробации спроектированной технологии оптимизации межсекторальное взаимодействие по охране здоровья населения реализовалось путём повторной – динамической оценки Саратовского региона. При этом после первичной оценки (при апробации многовекторного способа) проводились корректирующие мероприятия. Через восемь месяцев была осуществлена динамическая оценка.

Верификация анкет проводилась с использованием тематической литературы, устного опроса 7 лиц профессорско-преподавательского состава кафедры общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины) Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского со стажем работы не менее 10 лет и предварительного устного опроса и анкетирования 9 руководителей здравоохранения (соответствовали уровню экспертов). Результаты позволили сформировать комплексы вопросов анкеты, соответствующие цели и задачам исследования. Вопросы анкет понимались респондентами в соответствии с замыслом исследования, а варианты ответов включали набор возможных альтернатив. Процесс опроса осуществлялся в стандартных условиях. Содержание анкет и время для их заполнения не вызывали у респондентов негативного отношения к исследованию, что дало основание считать их приемлемыми для использования в данной работе.

Результаты исследования обработаны с помощью 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.

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 балла – имеет значение; 0–1 балл – не имеет значения), а также в процентах, промилле, продецимилле, просантимилле.

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).

Состояние среды обитания населения Саратовской области

Саратовская область – субъект Российской Федерации, входит в состав Приволжского федерального округа (ПФО). На юге граничит с Волгоградской областью, на западе – с Воронежской и Тамбовской, на севере – с Пензенской, Самарской и Ульяновской, на востоке проходит государственная граница России с Казахстаном. С Оренбургской областью граничит в одной точке, которая расположена на государственной границе с Казахстаном – стык границ Оренбургской, Самарской и Саратовской областей.

Общая протяжённость границ составляет с запада на восток – 575 км, с севера на юг – 335 км. Площадь – 101,2 тыс. км². Саратовская область располагается по обе стороны реки Волги – на правом берегу – 46,7 тыс. км² простираются степи (в северной части лесостепи), а левый берег (или Заволжье) – 54,5 тыс. км² представлен степью, переходящей на границе с Казахстаном в полупустыню (рис. 2.1).

Климат в области умеренно континентальный с большими тепловыми ресурсами. Продолжительность безморозного периода – 130–165 дней. Самые поздние заморозки бывают в первой декаде июня, самые ранние заморозки осенью в Правобережье – во второй, Левобережье – в третьей декадах сентября.

В пределах области протекает 358 рек длиной более 10 км, в том числе 58 рек – более 50 км, 180 малых рек длиной до 10 км. Общая протяженность рек на территории области составляет 12 331 км.

Характерные особенности рельефа области – равнинность и четко выраженная ступенчатость, преобладают черноземные и каштановые почвы. На

формирование современных форм рельефа влияют энергичные эрозионные процессы и хозяйственная деятельность человека.

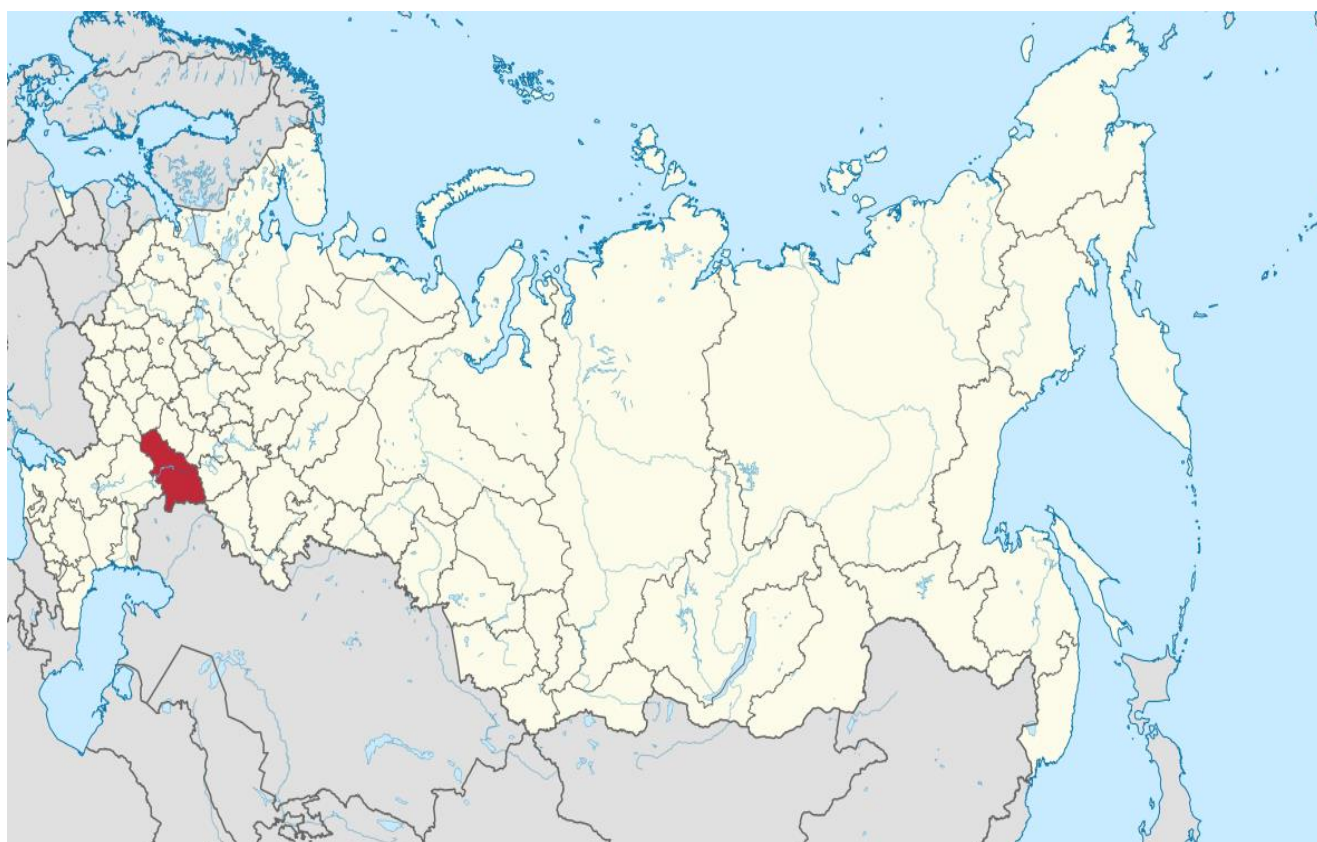


Рисунок 2.1 – Саратовская область – субъект Российской Федерации

В общем равнинный рельеф Саратовской области благоприятствует ведению лесного хозяйства, лесоразведению, охоте.

Регион включает 38 районов, 18 городов, 30 поселков городского типа, 1848 сельских населенных пунктов. Административный центр – город Саратов (рис. 2.2).

Саратовская область – традиционно индустриально-аграрный субъект Российской Федерации, добавленная стоимость валового регионального продукта (далее – ВРП) которого формируется на 30,3% промышленностью (Приволжский федеральный округ (далее – ПФО) – 38,9%, Российская Федерация – 31,7%) и на 13% сельским хозяйством (ПФО – 7,1%, Российская Федерация – 4,8%).



Рисунок 2.2 – Административное деление территории Саратовской области

В табл. 2.2 представлена структура среднегодовой численности занятых (в %) в экономике Саратовской области по видам деятельности.

Таблица 2.2 – Структура среднегодовой численности занятых в экономике Саратовской области по видам деятельности, %

Виды деятельности	%
Всего	100,0
в том числе:	
Сельское, лесное хозяйство, охота, рыболовство и рыбоводство	8,3
Добыча полезных ископаемых	0,7
Обрабатывающие производства	14,2
Обеспечение электрической энергией, газом и паром; кондиционирование воздуха	3,0
Водоснабжение, водоотведение, организация сбора и утилизации отходов, деятельность по ликвидации загрязнений	1,3
Строительство	7,9
Торговля оптовая и розничная; ремонт автотранспортных средств и мотоциклов	19,6
Транспортировка и хранение	7,7
Деятельность гостиниц и предприятий общественного питания	1,9
Деятельность в области информации и связи	1,7
Деятельность финансовая и страховая	1,7
Деятельность по операциям с недвижимым имуществом	2,3
Деятельность профессиональная, научная и техническая	2,5
Деятельность административная и сопутствующие дополнительные услуги	1,8
Государственное управление и обеспечение военной безопасности; социальное обеспечение	5,2

Виды деятельности	%
Образование	8,7
Деятельность в области здравоохранения и социальных услуг	7,5
Деятельность в области культуры, спорта, организации досуга и развлечений	1,5
Предоставление прочих видов услуг	2,4

Из данных, представленных в табл. 2.2, следует, что большее число занятых – в торговле и ремонте автотранспортных средств и мотоциклов, а также обрабатывающем производстве, образовании, сельском, лесном хозяйстве, охоте, рыболовстве и рыбоводстве, строительстве, транспортировке и хранении, деятельности в области здравоохранения и социальных услуг. По производству отдельных видов промышленной продукции (троллейбусов, серной кислоты, подшипников, минеральных удобрений, электроэнергии, а также первичной переработки нефти) Саратовская область занимает лидирующие позиции в Российской Федерации.

Саратовский регион – один из старейших нефтегазодобывающих в России – ежегодно 1–1,5 млн тонн нефти и порядка 1,2 млрд м³ газа. При этом ресурсная база углеводородного сырья характеризуется низкой степенью разведанности – по объёму прогнозных ресурсов область занимает ведущее место в Поволжье и является одним из перспективных регионов в нефтегазоносном отношении – потенциальные ресурсы около 700 млн тонн нефти и 1 трлн м³ газа.

Интенсивно развивается производство строительных материалов, которое опирается на свою сырьевую базу (цементное сырьё, строительные, стекольные и формовочные пески, кирпичные и керамзитовые глины, щебень, гравий из природного камня, опоки, мел). Объём работ, выполненных по виду деятельности «Строительство», составил в 2017 г. 55,8 млрд р., индекс физического объёма – 95,7% к уровню 2016 г. За счет всех источников финансирования введено 1210,0 тыс. м² жилья, или 93,5% к уровню 2016 г.

Месторождения горючих сланцев, которые рассматриваются в экономике в качестве альтернативных энергоносителей, в Саратовском регионе являются одними из самых значительных в стране. На долю Волжского сланцевого

бассейна (значительная часть которого располагается в Саратовской области) приходится более 38%.

Область входит в десятку регионов-лидеров по производству основных видов сельскохозяйственной продукции, объём которой позволяет полностью обеспечить внутренние потребности. Выпуск продукции сельского хозяйства в 2017 г. составил 173,8 млрд рублей, что выше уровня 2016 года на 3,9%. В целом по области хозяйствами всех категорий произведено: 180,5 тыс. т. мяса (98,6% к 2016 г.); 707,7 тыс. т. молока (100,0%); 961,0 млн шт. яиц (97,8%). Валовой сбор зерна в первоначально-оприходованном весе (с кукурузой) составил в 2017 г. 6061,0 млн т. (137,9% к уровню 2016 года) – первое место в ПФО (также по семенам подсолнечника и овощам). Посевная площадь в хозяйствах всех категорий увеличилась по сравнению с 2016 г. на 2,0%.

Средние темпы экономического роста за последние 10 лет (105,0%) превышают аналогичный показатель как по ПФО (104,0%), так и Российской Федерации – в целом (103,8%). Объём инвестиций в основной капитал в области за аналогичный период увеличился в 2,5 раза (Российская Федерация – в 1,9 раза), индекс промышленного производства – почти в 2 раза (Российская Федерация – в 1,3 раза).

У области выгодное транспортно-географическое положение – на пересечении транспортных коридоров продвижения товаров в направлениях «север – юг», «запад – восток», то есть имеются объективные предпосылки для формирования транспортно-логистического центра. Этому способствует строительство нового авиатранспортного комплекса.

Оборот розничной торговли составил в 2017 г. 327,7 млрд р. (100,2% к 2016 г.).

В то же время анализ ряда подушевых показателей свидетельствует о необходимости их существенного увеличения для выравнивания позиций региона в рейтинге субъектов Российской Федерации и ПФО. Так, если по объёму ВРП Саратовская область стабильно занимает 27-е место среди регионов России, то по

его объёму на душу населения только 55-е место, с отставанием от среднероссийского значения на 44,8%.

По объёму налоговых и неналоговых доходов консолидированного бюджета области на душу населения при относительно стабильной доле собственных доходов область занимает заключительные места в рейтинге регионов страны.

За 2018 г. в целом по области получено более 34 млрд р. прибыли. В то же время кредиторская задолженность сложилась в сумме 169792,5 млн р., из нее 3,0% (5178,2 млн р.) – просроченная. В структуре просроченной кредиторской задолженности основной составляющей является задолженность поставщикам и подрядчикам за товары, работы и услуги – 65,9%.

Можно также отметить низкую инновационную активность предприятий при недостаточном развитии наукоемких и высокотехнологичных производств. Численность персонала, занятого исследованиями и разработками, составляет 37,8 человек на 10 тысяч экономически активного населения (в ПФО – 69,0 человек, по Российской Федерации – 97,0 человек). Основным типом инноваций остаются направленные на поддержание достигнутого уровня технологического развития предприятий или незначительные усовершенствования выпускаемой продукции. Недостаточно внедряются «прорывные» инновации.

Среднемесячная номинальная начисленная заработная плата работников в 2018 г. составила 26 409,5 р. По сравнению с 2017 г. она увеличилась на 9,6%. Наибольшая среднемесячная заработная плата работников в 2018 г. сложилась в организациях, осуществляющих финансовую и страховую деятельность – 40 132,8 р. В то же время согласно отчету Росстата, средняя зарплата по стране в 2018 г. составила – 44 076,0 р.

Сравнительный анализ доходов жителей Саратовской области в 2017 г. (свыше 60 тыс. р. в мес. у 2,3% населения; 45–60 тыс. – 3,6%; 27–45 тыс. – 15,5%; 19–27 тыс. – 18,3%; 14–19 тыс. – 18,3%; 10–14 тыс. – 18,2%; 7–10 тыс. – 13,3%; до 7 тыс. – 10,5%) свидетельствует о том, что имеется достаточно выраженное

расслоение населения по обеспеченности денежными средствами, – доходы ниже прожиточного минимума у 23,8%.

В табл. 2.3 представлены средние потребительские цены на отдельные виды продовольственных товаров на 17 декабря 2018 г.

Таблица 2.3 – Средние потребительские цены на отдельные виды продовольственных товаров в Саратовской области в 2018 г., р.

Виды продовольственных товаров	Саратовская область	Российская Федерация	ПФО
Говядина (кроме бескостного мяса), кг	301,19	330,05	314,92
Свинина (кроме бескостного мяса), кг	250,23	275,15	254,97
Куры охлажденные и мороженые, кг	138,65	150,75	139,71
Сосиски, сардельки, кг	290,72	359,98	298,33
Колбаса полу копчёная и варено-копчёная, кг	402,61	463,45	377,53
Колбаса вареная, кг	286,83	381,65	314,87
Рыба мороженая неразделанная, кг	112,81	151,43	137,71
Масло сливочное, кг	459,98	551,37	488,60
Молоко питьевое цельное пастеризованное 2,5–3,2% жирности, л	44,64	53,80	47,82
Молоко питьевое цельное стерилизованное 2,5–3,2% жирности, л	68,18	74,89	65,10
Сметана, кг	200,13	202,12	179,99
Творог жирный, кг	220,69	317,80	265,62
Сыры сычужные твердые и мягкие, кг	427,48	500,35	453,98
Картофель, кг	21,71	23,28	19,28
Капуста белокочанная свежая, кг	26,29	27,07	23,44
Лук репчатый, кг	21,73	25,82	22,83
Морковь, кг	23,28	30,24	24,04
Огурцы свежие, кг	110,03	131,13	122,69
Помидоры свежие, кг	99,91	122,53	111,67
Яблоки, кг	64,88	84,91	73,31

Из данных, представленных в табл. 2.3, следует, что по большинству наименований продовольственных товаров население Саратовской области находится в более выгодных условиях, по сравнению с данными по Российской Федерации и ПФО. При этом стоимость условного (минимального) набора продуктов питания в среднем по Саратовской области в 2018 г. составила 3180,29 р. – самый низкий показатель среди субъектов ПФО.

Анализ данных о питании населения Саратовской области показывает недостаточное использование продуктов, обеспечивающих организм человека

необходимыми микроэлементами, витаминами, клетчаткой и др. Несмотря на повышение количества потребления по сравнению с 2014–2015 гг., оно остаётся низким по сравнению с физиологическими нормами, потребление молока и молочных продуктов, фруктов и ягод, картофеля.

В Саратовской области 27 предприятий (хлебокомбинаты, пекарни, молокоперерабатывающие заводы, предприятия по производству питьевой воды, расфасованной в емкости, кондитерские фабрики) вырабатывают пищевую продукцию, обогащенную микронутриентами, бифидобактериями, пищевыми волокнами, витаминными премиксами, йодом на постоянной основе. По данным министерства сельского хозяйства области, в 2017 г. произведено 2,6 тысяч тонн молочной продукции с пониженным содержанием жира, с использованием бифидобактерий, витаминных комплексов, 1994 тонны хлебобулочных изделий, 78 млн условных банок соков фруктовых и овощных.

В то же время обеспечение в торговых предприятиях области ассортимента обогащенной продукции осуществляется в большей степени за счёт поступающей из других регионов.

В регионе налажен лабораторный контроль пищевых продуктов по санитарно-химическим (неудовлетворительных проб в 2015 г. – 0,2%, 2016 г. – 0,1%, 2017 г. – 0,1%) и физико-химическим (2,5 – 3,3 – 2,0% соответственно) показателям безопасности, а также микробиологической загрязненности (1,9 – 1,7 – 1,7%). При этом одной из главных составляющих являлось обеспечение микробиологической безопасности на предприятиях высокой эпидемиологической значимости (молокоперерабатывающие, детские молочные кухни, предприятия общественного питания и продовольственной торговли).

В 2017 г., по результатам проведенных специалистами санитарно-эпидемиологической службой надзорных мероприятий, забраковано 747 партий продовольственного сырья и пищевых продуктов общим объёмом 5690 кг, из них 58 партий объёмом 1406 кг – импортируемых. Наибольшее количество

забракованных партий было в таких группах, как плодоовощная, мясная, молочная, рыбная продукция.

Установлено, что объекты, осуществляющие производство (изготовление), реализацию пищевых продуктов, по группам санитарно-эпидемиологического благополучия распределены следующим образом: I группа – в 2015 г. – 40,7%, в 2016 г. – 42,5%, в 2017 г. – 41,6%; II группа – 58,6 – 57,0 – 57,8% соответственно; III группа – 0,64 – 0,54 – 0,54%.

Производством алкогольной продукции в области заняты пять предприятий, в том числе четыре – производством пива. По данным Межрегионального Управления Федеральной службы по регулированию алкогольного рынка по ПФО, в 2017 г. в области, по сравнению с 2016 г., увеличились объёмы розничной продажи алкогольной продукции по всем группам, кроме напитков слабоалкогольных (с содержанием спирта не более 9%), напитков винных с добавлением и без добавления этилового спирта и по группе пива и пивных напитков, сидра, пуаре, медовухи.

В структуре продаж преобладает пиво и пивные напитки, составляя в 2017 г. 81,7% от продажи алкогольной продукции (в 2016 г. – 83,1%); 4,8% – водка и ликероводочные изделия (в 2016 г. – 3,9%), 4,7% – вина виноградные, плодовые, ликерные (в 2016 г. – 3,8%), 4,0% – напитки винные (в 2016 г. – 4,3%), 1,2% – вина игристые и шампанские (в 2016 г. – также 1,2%), 0,8% – коньяк (в 2016 г. – 0,6%), сидр, пуаре и медовуха – 2,0% (в 2016 г. – 2,4%), 0,3% – напитки слабоалкогольные.

В 2017 г. при проверке специалистами Роспотребнадзора 553 объектов, осуществляющих оборот табачных изделий на 230 объектах (41,6%) установлены нарушения действующего законодательства Российской Федерации – сумма наложенных штрафных санкций на 287 виновных лиц составила 1 780 828 р.

В области особое внимание уделяется детским коллективам. В 2017 г. было организовано питание более 222,5 тыс. школьников (93,7%) и 26,0 тыс. учащихся профессиональных образовательных организаций (69,7%).

В то же время в 2017 г. в III группу санитарно-эпидемиологического благополучия вошли 19 объектов образования (2015 г. – 29; 2016 г. – 25), из них основная доля приходится на дошкольные организации – 63,1%, в два раза меньше на общеобразовательные – 26,3% и на учреждения дополнительного образования – 10,6%. Среди факторов среды обитания, не соответствующих гигиеническим нормам, в детских и подростковых учреждениях Саратовской области наиболее неблагоприятными признаны низкая освещенность и нарушения параметров микроклимата.

Установлено, что в 41% организаций дошкольного образования численность детей превышает число мест, что не способствует сохранению и укреплению их здоровья.

На конец 2017 г. жилищный фонд области составил 71 031,6 тыс. м² общей площади, в том числе в г. Саратове – 24 381,7 тыс. м². Общая площадь жилых помещений, приходящаяся в среднем на одного жителя, – 28,8 м², в г. Саратове – 28,9 м².

В 2017 г. в регионе 3410 семей получили жилые помещения и улучшили жилищные условия. При этом в конце этого же года зафиксировано 37 313 семей, состоящих на учете в качестве нуждающихся в жилых помещениях. Значительная часть жилищного фонда требует капитального ремонта.

Характеристика инфраструктуры городских поселений Саратовской области в 2017 г. представлена в табл. 2.4.

Таблица 2.4 – Характеристика инфраструктуры городских поселений Саратовской области

Показатели	Значение
Площадь зеленых массивов и насаждений в пределах городской черты, га	20013
в % к общей площади городских земель	13,3
Общая протяженность улиц, проездов, набережных, км	5241,0
в том числе с усовершенствованным покрытием, км	2934,8
в % к общему протяжению улиц	56,0
Общая протяженность освещенных частей улиц, проездов, набережных, км	3454,7
в % к общему протяжению улиц	65,9

Из данных, представленных в табл. 2.4, следует, что в пределах городской черты нуждается в расширении площадь зеленых массивов и насаждений, целесообразно улучшить покрытие улиц, проездов, набережных и их освещённость.

Согласно рейтингу российских автомобильных дорог общего пользования, по данным Правительства РФ, в 2017 г. менее 10% трасс Саратовской области соответствовали установленным нормативам, что является худшим показателем в ПФО и одним из самых низких в России. Отставание развития дорожного хозяйства существенно сдерживает развитие транспортно-логистического потенциала региона.

В табл. 2.5 представлена характеристика благоустройства жилищного фонда Саратовской области.

Таблица 2.5 – Характеристика благоустройства жилищного фонда на конец 2017 г., %

Показатели	%
Удельный вес площади, оборудованной:	
водопроводом,	79,0
в том числе централизованным	69,9
водоотведением (канализацией),	71,7
в том числе централизованным	56,4
отоплением,	95,6
в том числе централизованным	60,0
горячим водоснабжением,	57,2
в том числе централизованным	42,3
ваннами (душем)	60,6
газом	93,0

Из данных, представленных в табл. 2.5, следует, что определённая часть жилищного фонда Саратовской области (от 4,4 до 43%) не благоустроена, то есть не оборудована водопроводом, канализацией, отоплением, горячим водоснабжением, ваннами и газом. При этом в 2017 г. из 247,6 млн м³ поданной в водопроводную сеть воды только 223,6 млн м³ было пропущено через очистные сооружения (90,3%).

В области эксплуатируется 1980 источников централизованного хозяйственно-питьевого водоснабжения, из них 1751 подземных и 229 – поверхностных. По санитарно-химическим показателям процент нестандартных проб составил в 2017 г. 25,6% (в 2016 г. – 26,8%, 2015 г. – 28,6%), по микробиологическим показателям – 3,3% (в 2016 г. – 3,4%, 2015 г. – 3,9%). В целом по Саратовской области в 2017 г. не соответствовало санитарно-эпидемиологическим правилам и нормативам 38,4% поверхностных источников питьевого водоснабжения (в 2016 г., 2015 г. – 39,3%), 11,9% подземных (в 2015 г., 2014 г. – 16,7%).

Доля водопроводов из подземных источников, не соответствующих санитарно-эпидемиологическим правилам и нормативам, в 2017 г. составила 17,3% (в 2016 г. – 19,6%, 2015 г. – 19,8%), в том числе из-за отсутствия: необходимого комплекса очистных сооружений – 4,2% (2016 г. – 4,2%, 2015 г. – 4,4%). Среди водопроводов из поверхностных источников в 2017 г. не соответствовали требованиям санитарного законодательства 69,8% (в 2016 г., 2015 г. – 69,8%), в том числе из-за отсутствия необходимого комплекса очистных сооружений – 40,1%, как и в 2016 г., 2015 г.; обеззараживающих установок – 38,7%, как и в 2016 г., 2015 г.

В регионе отмечается высокая степень износа основных фондов (16,9%) и отставание в развитии инженерной инфраструктуры. В среднем по области за год основные фонды обновляются только на 6-7%, при этом большая часть фондов продолжает поступать не для замены и модернизации действующих, а на расширение и создание новых производств. Неудовлетворительное техническое состояние водопроводных систем и тепловых сетей приводит к потере воды. Нуждаются в замене 45,8% водопроводной сети и 11,9% тепловых сетей.

Доля проб воды из водопроводной сети, не соответствующих гигиеническим нормативам, составляет: по санитарно-химическим показателям:

2017 г. – 13,3%; 2016 г. – 13,4%, 2015 г. – 13,5%; по микробиологическим показателям: 2017 г. – 2,4%, 2016 г. – 4,8%, 2015 г. – 4,9%.

В 2017 г. из воды водопроводной сети возбудители инфекционных заболеваний выделены не были. Пробы воды из распределительной сети, не соответствующие гигиеническим нормативам по паразитологическим показателям, не зарегистрированы.

В 2017 г. на территории области эксплуатировалось 1285 источников нецентрализованного водоснабжения (в 2016 г. – 1396, в 2015 г. – 1399). Количество таких источников по области уменьшилось в связи с ликвидацией в ряде районов колодцев общественного пользования. Из общего количества источников нецентрализованного водоснабжения в 2017 г. не отвечали санитарным требованиям 5,5% (в 2016 г. – 6,4%, в 2015 г. – 6,8%).

Питьевой водой, отвечающей требованиям безопасности, в 2017 г. было обеспечено 87,8% населения Саратовской области (в 2016 г. – 87,8%, 2015 г. – 87,7%). Городское население – на 97,3% (в 2016 г. – 97,3%, в 2015 г. – 97,2%), сельское население – на 59,0% (в 2015 г. – 58,7%, в 2016 г. – 58,9%).

В 2017 г. из 194 стационарных точек было отобрано 1746 проб воды на холеру, из них в 25 административных территориях области в 149 пробах или 8,5% (2016 г. – в 25 административных территориях в 312 пробах, что составило 17,69%) выделены атоксигенные штаммы холерного вибриона группы Хейберг (с 2001 г. токсигенный холерный вибрион не выделялся). Данный факт указывает на процесс интенсивного загрязнения поверхностных водоемов неочищенными, недостаточно очищенными или необеззараженными хозяйственно-бытовыми сточными водами, что может послужить причиной реализации ведущего (водного) пути передачи возбудителя инфекции.

Основными причинами неудовлетворительного качества питьевой воды из года в год остаются следующие: природный состав воды с повышенным содержанием в подземных водных объектах соединений железа и марганца; отсутствие систем очистки и обеззараживания на большинстве водопроводов

из поверхностных источников; ненадлежащая организация зон санитарной охраны централизованных источников водоснабжения населения и отсутствие контроля за их состоянием, особенно в сельских поселениях; несвоевременное проведение технического ремонта, очистки и дезинфекции колодцев; невыполнение программы производственного контроля, в частности периодичности, кратности проведения лабораторных анализов качества воды источников, водопроводов, распределительной сети; отсутствие на водопроводных комплексах современного оборудования для очистки воды, износ разводящей сети; отсутствие гарантирующих организаций, осуществляющих холодное водоснабжения; аварийные ситуации на централизованных системах водоснабжения.

Проблемные вопросы в сфере водоотведения связаны, прежде всего, с эксплуатацией канализационных очистных сооружений, большая часть которых морально устарела и требует реконструкции; сброс сточных вод в водные объекты без очистки; несоответствие качества сбрасываемых сточных вод установленным нормативам допустимого сброса загрязняющих веществ; отсутствие организованного сброса ливнестока в водные объекты.

В табл. 2.6 представлена характеристика выбросов в атмосферу загрязняющих веществ, отходящих от стационарных источников в Саратовской области, по видам экономической деятельности.

Таблица 2.6 – Характеристика выбросов в атмосферу загрязняющих веществ от стационарных источников в Саратовской области, по видам экономической деятельности в 2017 г.

Виды деятельности	Тонны*
Всего	122586
из них по видам экономической деятельности:	
сельское хозяйство, охота и лесное хозяйство	1574
добыча полезных ископаемых	22163
обрабатывающие производства	38335
производство пищевых продуктов, включая напитки, и табака	1729
целлюлозно-бумажное производство, издательская и полиграфическая деятельность	23
химическое производство	7909
производство резиновых и пластмассовых изделий	176

Виды деятельности	Тонны*
производство прочих неметаллических минеральных продуктов	4026
металлургическое производство и производство готовых металлических изделий	14721
производство транспортных средств и оборудования	407
производство и распределение электроэнергии, газа и воды	8482
транспортировка и хранение	41670

Примечание: * – в пересчете на NO₂.

Из данных, представленных в табл. 2.6, видно, что только от стационарных источников экономической деятельности в атмосферу региона выбрасывается огромное количество загрязняющих веществ. Из них в 2017 г. твердых веществ – 5,9 тыс. т., газообразных и жидких – 116,7, в том числе диоксид серы – 8,2, оксиды азота – 11,1, оксид углерода – 36,1, летучие органические соединения (ЛОС) – 14,9, углеводороды без ЛОС – 45,3 тыс. т. При этом осуществлена утилизация только 71,0% из уловленных загрязняющих веществ.

На территории Саратовской области удельный вес нестандартных проб атмосферного воздуха составил в 2015 г. – 5,7%, 2016 г. – 6,7%, 2017 г. – 6,7%. Приоритетными загрязнителями явились взвешенные вещества (пыль), диоксид азота, оксид углерода, что обусловлено в основном выбросами автотранспорта и деятельностью топливно-энергетических предприятий.

Результаты анализа состояния почвы показали следующее. Количество неудовлетворительных проб (на территориях детских и лечебных учреждений, парков, детских игровых площадок, в санитарно-защитных зонах) по санитарно-химическим показателям составило 6,5% в 2015 г., 2,0 в 2016 г. и 9,2 в 2017 г., по микробиологическим показателям – 0,9 – 0,2 – 2,6% соответственно, по паразитологическим – 1,0 – 2,0 – 0,7%.

По таким характеристикам, как удельная (объёмная) активность радионуклидов цезий-137 и стронций-90 в объектах окружающей среды, почве и продуктах питания; суммарной альфа-, бета-активности воды, превышений в течение трёх лет не выявлено.

Проблемы, связанные с отходами, затрагивают практически все районы области: недостаточное количество предприятий занимающихся вторичной

переработкой отходов; отсутствие организации селективного сбора отходов, действенных механизмов и системы сбора отработанных компактных люминесцентных ламп от населения, организации сбора отходов из частного сектора, в большинстве медицинских организаций аппаратных способов обезвреживания отходов. Данную проблему отягощает утилизация на территории области непригодных и запрещенных к применению пестицидов – захоронения пестицидов и агрохимикатов в Краснопартизанском, Дергачевском, Советском, Романовском районах.

В 2017 г. в области действовало 1446 специальных автомобилей, используемых для уборки территорий и вывоза коммунальных отходов. Площадь, убираемая механизированным способом, составила 16002,4 тыс. м². За год было вывезено твердых коммунальных отходов – 5600,2 тыс. м³, жидких отходов – 279,0 тыс. м³, снега – 247,3 тыс. т. Вместе с тем количество подобной техники недостаточное – не соответствует потребностям.

С целью централизованного термического уничтожения медицинских отходов на территории эксплуатируются два участка с применением специальных установок. В 10 медицинских учреждениях для обезвреживания отходов используются аппаратные методы, термические установки.

Анализ динамики числа производственных объектов, не соответствующих требованиям гигиенических нормативов по физическим факторам, показал, что по шуму их было в 2015 г. 21,73%, в 2016 г. – 21,7%, в 2017 г. – 18,0%; по вибрации – 12,4 – 13,9 – 16,0% соответственно; по микроклимату – 8,4 – 16,4 – 10,1%; по ЭМП – 2,53 – 1,4 – 1,2% и по освещённости – 14,95 – 14,3 – 10,4%.

Проведён и аналогичный анализ по доле рабочих мест: шум – 15,7 – 17,7 – 14,8% в 2015 – 2016 – 2017 гг. соответственно; вибрация – 8,3 – 4,6 – 5,1%; микроклимат – 3,6 – 2,5 – 3,0%; ЭМП – 0,44 – 0,27 – 0,4%; освещённость – 5,9 – 6,7 – 4,9%. Наиболее неблагоприятные условия труда на рабочих местах по физическим факторам отмечены на предприятиях сухопутного и трубопроводного транспорта, по производству автотранспортных средств и прицепов,

полиграфической деятельности, химического производства, по производству готовых металлических изделий, строительства.

Результаты проведённых радиологических исследований показали, что рабочие места, не соответствующие санитарным нормам не выявлены.

Ведущими факторами облучения населения региона являются природные источники ионизирующего излучения (ИИИ) – 86,12% и медицинские рентгенодиагностические процедуры – 13,71%, дающие в сумме более 99% коллективной дозы облучения населения. Коллективная эффективная доза облучения населения области и производственного персонала от природных и техногенных источников излучения, с учетом всех дозобразующих факторов, составила – 9913,26 чел.-Зв/год (в 2015 г. – 78877,14 чел.-Зв/год, 2014 г. – 10057,14 чел.-Зв/год, в 2013 г. – 9311,6 чел.-Зв/год) при средней дозе облучения на одного жителя –3,9 мЗв (в 2015 г. – 3,16мЗв, в 2014 г. – 4,03 мЗв, в 2013 г. – 3,72 мЗв) (в среднем по Российской Федерации – 3,76 мЗв).

Коллективная доза облучения населения Саратовской области за счет использования ИИИ в медицине в 2016 г. составила 1157,92 чел.-Зв/год. По сравнению с 2015 г. наблюдается увеличение на 9,5%. Повышение коллективной дозы происходило в основном за счёт увеличения числа дозоёмких исследований, таких как рентгеноскопия и компьютерная томография (по сравнению с 2015 г. увеличилось на 17 и 30% соответственно).

Случаев превышения допустимого содержания радиоактивных веществ приземной атмосферы, водных объектов, источников водоснабжения, питьевой воды, пищевых продуктов в области не наблюдалось. Радиационный фон на территории Саратовской области в 2017 г. в пределах 0,12–0,14 мкЗв/ч., то есть находится в пределах фоновых значений.

На предприятиях, осуществляющих деятельность с сырьем или материалами с повышенным содержанием природных радионуклидов, проводится обязательная оценка доз облучения персонала. Годовые дозы облучения работников составили: на предприятиях нефтегазового комплекса – 0,41-

1,64 мЗв/год; предприятиях, использующих материалы с повышенным содержанием природных ИИИ, – 0,37-1,54 мЗв/год; организациях, эксплуатирующих системы водоподготовки, – 0,32-0,65 мЗв/год; предприятиях, перерабатывающих минеральное сырьё и материалы, производящих строительное сырьё и материалы, – 0,41–0,68 мЗв/год.

Установлено, что на территории области используются материалы и продукция с повышенным содержанием природных ИИИ: Аэфф менее 740 Бк/кг – 39 организаций, Аэфф от 740 до 1500 Бк/кг – 0.

В 2017 г. в Саратовской области зафиксировано 395 (в 2016 г. – 393, в 2015 г. – 382) предприятий и организаций, использующих в работе ИИИ. При проведении надзорных мероприятий рабочих мест, не соответствующих санитарным нормам по ионизирующему излучению, не выявлено, хотя были установлены существенные нарушения в осуществлении производственного контроля.

Результаты радиационного контроля в зоне наблюдения Балаковской АЭС (БАЭС) и Саратовского отделения «Приволжский территориальный округ» ФГУП «РосРАО» свидетельствуют о том, что радиационная обстановка стабильная, естественный гамма-фон не превышает значений многолетних наблюдений и находится на уровне значений, характерных для остальной территории области. Вместе с тем можно отметить ограниченные сроки эксплуатации действующих энергоблоков Балаковской АЭС.

В Саратовской области находится 2986 промышленных (включая все виды экономической деятельности общероссийского классификатора) и сельскохозяйственных предприятий, подлежащих санитарному надзору, с общим числом работающих 258 772 человека, в том числе 90 767 женщин (35,07%). В условиях воздействия вредных производственных факторов трудятся 121 364 человека (46,9%), что практически на уровне 2016 г., из них 34 310 – женщины (37,8% от работающих женщин).

Наиболее неблагоприятные условия труда на рабочих местах по воздуху рабочей зоны отмечены на предприятиях по производству резиновых и пластмассовых изделий – 50% (неудовлетворительных от обследованных рабочих мест в данной отрасли), сухопутного и трубопроводного транспорта – 26,3%, химического производства – 26,1%, по производству машин и оборудования – 17,2%, по производству прочих транспортных средств и оборудования – 16,7%.

Неблагоприятные условия труда по физическим факторам также отмечены на предприятиях сухопутного и трубопроводного транспорта – 71% (от обследованных рабочих мест в данной отрасли), по производству автотранспортных средств и прицепов – 61,9%, полиграфической деятельности – 55,2%, химического производства – 50,0%, по производству готовых металлических изделий – 43,8%, строительства – 24,0%.

Неудовлетворительными остаются условия труда в сельскохозяйственном производстве. Недостаточное количество финансовых средств в хозяйствах привело к тому, что мероприятия по улучшению условий труда, требующие значительных капиталовложений, из года в год не выполняются. В первую очередь это касается сельскохозяйственной техники, у которой с каждым годом возрастает процент износа, в результате чего имеет место превышение предельно-допустимых уровней по шуму и вибрации на рабочих местах механизаторов. На большинстве объектов агропромышленного комплекса не работает или отсутствует вентиляция, отопление, недостаточное освещение. 53,8% мастерских по ремонту сельскохозяйственной техники не соответствуют санитарным нормам (2016 г. – 54,4%, 2015 г. – 55,0%), по шуму – 12,5 % обследованных рабочих мест, по вибрации – 11,5%.

Неудовлетворительно обстоят дела на промышленных и сельскохозяйственных предприятиях малых форм собственности – малый бизнес (76% от общего количества). В неудовлетворительных условиях трудится 51,4% работающих (2016 г. – 51,5%, 2015 г. – 51,3%,). Основными нарушениями являются: несоответствие технологии и планировочных решений требованиям

санитарных правил, отсутствие или недостаточная эффективность работы санитарно-технологического оборудования (вентиляции, очистки воздуха, отопления, освещения); низкий уровень производственного контроля, проведения периодических медицинских осмотров работников, контактирующих с вредными производственными факторами; отсутствие обеспечения или нарушения в использовании средств индивидуальной защиты.

По санитарно-техническому состоянию промышленные и сельскохозяйственные объекты Саратовской области распределились следующим образом: к III группе (крайне неудовлетворительные) относятся 78 предприятий или 2,61% (в 2016 г. – 2,63%, в 2015 г. – 2,63%); ко II группе (неудовлетворительные) – 1930 предприятий, или 64,63% (в 2016 г. – 63,84%, в 2015 г. – 62,72%); к I группе (удовлетворительные) – 978 предприятий, или 32,76% (в 2016 г. – 33,53%, в 2015 г. – 34,65%).

Наибольшее количество объектов, относящихся к III группе, приходится на сельское хозяйство (64,1%), в 2016 г. – 63,6%. Увеличение доли сельскохозяйственных предприятий, относящихся к III группе, связано с регистрацией профессиональных заболеваний на данных объектах.

В 2017 г. санитарно-эпидемиологический надзор осуществлялся за эксплуатацией 183 единиц водного транспорта (2016 г. – 185, 2015 г. – 188), в том числе 64 речными судами (пассажирскими, грузовыми), 2 рыбопромысловыми и 117 портово-технического флота. К I группе санитарно-эпидемиологического благополучия относятся 32,5% единиц водного транспорта, ко II группе – 67,5%, III группы нет.

На территории Саратовской области располагаются аэропорт АО «Саратовские авиалинии», ОАО «Аэрон» (предприятие, которое занимается авиационными химическими работами), филиал ООО «Приволжская региональная авиакомпания», Краснокутское летное училище гражданской авиации – филиал ФГОУ ВПО «Ульяновское высшее авиационное училище гражданской авиации». Под контролем находятся 74 воздушные судна (2016 г. –

41, 2015 г. – 39). По санитарно-гигиенической характеристике они распределились следующим образом: к I группе относятся 53,3% (2016 г. 9,8%, 2015 г. – 5,1%, 2014 г. – 5,1%), ко II группе – 46,7% (2016 г. – 90,2%, 2015 г. – 94,9%, 2014 г. – 94,9%), III группы нет.

В регионе 1235 объектов обслуживания автомобильного транспорта (2016 г. – 1224, 2015 г. – 1305, 2014 г. – 1251), в том числе: 30 автовокзалов и автостанций; 442 промышленных предприятия (предприятия, обеспечивающие перевозки на транспорте, базы технического обслуживания, сто и др.); 87 коммунальных объектов (медицинские организации, парикмахерские, гостиницы и другие); 22 предприятия общественного питания и торговли; 654 прочих объектов (автостоянки, автошколы, автозаправочные станции, автомойки, учебные заведения и другие). Под надзором находятся 5288 единиц автомобильного транспорта (2016 г. – 5499, 2015 г. – 5504, 2014 г. – 5535). При этом к I группе санитарно-технического состояния в 2015, 2016 и 2017 гг. отнесены 46,8%, ко II – 53,2%.

Таким образом, анализ результатов анализа состояния среды обитания населения в Саратовской области свидетельствует о том, что имеет место совокупность объектов, явлений и факторов (природных и искусственных), которые, с одной стороны, формируют дисбалансы в экономике области, не позволяющие даже на фоне положительной динамики основных показателей социально-экономического развития сократить отставание от Российских регионов-лидеров и рассматривать бюджет региона как источник реализации крупных инфраструктурных проектов и программ, в частности по охране здоровья населения, с другой стороны, могут отразиться на уровне медико-демографических показателей, заболеваемости, инвалидности и физического развития.

ГЛАВА 3 АНАЛИЗ РАБОТЫ ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ В САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

3.1 Изучение состояния здоровья населения Саратовской области

Состояние здоровья населения Саратовской области оценивалось по трём группам параметров – медико-демографическим, заболеваемости и инвалидности. При этом анализировались Интернет-ресурсы Федеральной службы государственной статистики, в том числе её территориального органа по Саратовской области, министерства здравоохранения России и Саратовской области.

К числу важнейших параметров, характеризующих состояние здоровья населения, относятся медико-демографические, по большинству из которых в последние годы в Саратовской области наблюдаются неблагоприятные тенденции.

Численность населения региона в 2018 г. составила 2 463223 чел. (2015 г. – 2 493597; 2016 г. – 2 486654; 2017 г. – 2 479260). Из них 75,7% – городские жители, 24,3% – сельские; мужчины – 45,8%, женщины – 54,2%. На 1000 мужчин приходится 1188 женщин (в городах – 1217), до 35-летнего возраста мужчин больше, чем женщин. Средний возраст – 40 лет (с 2000 г. увеличился на 1,5 года): мужчин – 36,5; женщин – 43,0.

В области проживают представители 148 национальностей (русские – более 2 млн чел – 88%; казахи – 76 000; татары – 53 000; украинцы – 43 000; армяне – 24 000; азербайджанцы – 15 000 и др.). Не указали свою национальность (во время переписи населения) 65 тыс. чел. или 2,6%.

Плотность населения – 24,5 чел. на кв. км. При этом 72% территории региона имеют низкую плотность населения (15,0 и менее чел. на кв. км.), около 25% – крайне низкую (3,7–6,9).

Из 1848 сельских населенных пунктов области в 118 население не зарегистрировано, в 643 проживают менее 100 чел., в 358 – от 100 до 300.

Численность официально зарегистрированных безработных в регионе на 1 января 2018 года – 11,2 тыс. чел. В то же время имеется 21000 свободных рабочих мест, то есть вакантных должностей (65% – рабочие специальности).

Наблюдается регрессивный тип возрастной структуры населения: моложе трудоспособного – 16,7%, трудоспособное – 55,6%, старше трудоспособного – 27,7% (старше 65 лет – 15,3%), который характеризуется суженным воспроизводством, отрицательным естественным приростом, старением. При этом коэффициент демографической нагрузки – 600 чел. нетрудоспособного населения на 1000 трудоспособного.

В области в 2017 г. зафиксирован отрицательный миграционный прирост населения (–6160 чел.).

На рис. 3.1 представлена динамика смертности и рождаемости населения Саратовской области.

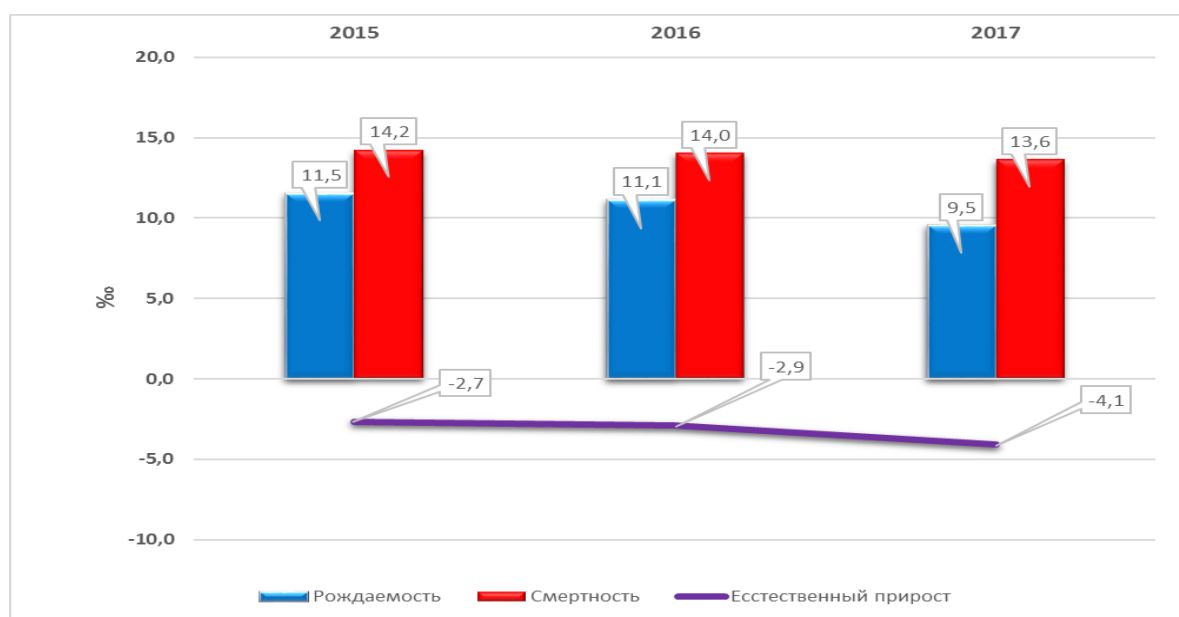


Рисунок 3.1 – Динамика смертности и рождаемости населения Саратовской области

Данные, представленных на рис. 3.1, свидетельствуют о том, что на протяжении последних лет в Саратовской области наблюдается отрицательный естественный прирост населения. По данным Росстата, в 2017 г. в Саратовской

области родились 23537 чел. (на 3691 чел. меньше, чем в 2016 г.). Кроме того, число умерших (33687 чел.) превысило число родившихся на 43,1%. При этом по Российской Федерации рождаемость составила в 2015 г. 12,8 на 1000 населения, в 2016 г. – 12,2 и в 2017 г. – 11,5.

Доля повторных рождений (в общем числе родившихся) за последние 10 лет, после принятия мер по стимулированию рождения вторых и последующих детей, увеличилась с 38,4% в 2007 г. до 58,9% в 2016 г.

Причиной естественной убыли населения области является не только недостаточно высокий уровень рождаемости, но и высокий уровень смертности, хотя он ежегодно снижается (по Российской Федерации в 2015 г. – 14,4 чел. на 1000 населения, в 2016 г. – 14,2 и в 2017 г. – 12,4).

Характеристика причин смертности по Саратовской области в 2017 г. представлена в табл. 3.1.

Таблица 3.1 – Причины смертности по Саратовской области в 2017 г. по основным классам

Показатели	Всего, человек	На 100 тыс. населения
Всего умерших от всех причин,	33687	1363,2
в том числе:		
от болезней системы кровообращения	17250	698,1
новообразований	4821	195,1
внешних причин смерти	2502	101,3
из них:		
от случайных отравлений алкоголем	290	11,7
всех видов транспортных несчастных случаев	352	14,2
самоубийств	412	16,7
убийств	135	5,5
болезней органов дыхания	1106	44,8
болезней органов пищеварения	1900	76,9
инфекционных и паразитарных болезней	511	20,7
болезней мочеполовой системы	355	14,4
болезней нервной системы	1435	58,1
болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	491	19,9
неточно обозначенных состояний	2704	109,4
прочих болезней	612	24,8

Из данных, представленных в табл. 3.1, следует, что в структуре причин смертности на первом месте болезни системы кровообращения (51,2%), далее новообразования (14,3%), внешние причины (7,4%), и болезни органов пищеварения (5,6%). По Российской Федерации – 47 (587,5 на 100 тыс. населения) – 16 (197,5) – 8 (95,3) – 5% (62,6) соответственно. Смертность мужчин в трудоспособном возрасте в 3,4 раза превышает смертность женщин. При сохранении в дальнейшем такого уровня смертности, из юношей, достигших 16 лет, не доживет до пенсионного возраста каждый третий.

Снижается младенческая смертность в 2015 г. она составила 7,0 на 1000 родившихся, 2016 г. – 6,6, 2017 г. – 5,8. По Российской Федерации – 6,5 – 6,1 – 5,3.

Основными причинами смертности детей в возрасте до 1 года являются состояния, возникшие в перинатальном периоде (44,7%), врожденные аномалии (26,3%) и несчастные случаи (9,6%).

Ожидаемая продолжительность жизни (лет) при рождении в Саратовской области в 2017 г. составила: все население – оба пола 72,88, мужчины 67,80, женщины 77,61; городское население – оба пола 73,20, мужчины 68,01, женщины 77,84; сельское население – оба пола 71,82, мужчины 67,01, женщины 76,81.

Одним из важных показателей состояния здоровья населения является его заболеваемость (табл. 3.2.).

Таблица 3.2 – Уровень заболеваемости населения Саратовской области за 2017 г. (на 1000 человек населения)

Классы заболеваний	Зарегистрировано пациентов с заболеванием	
	всего	впервые
Все болезни,	1607,2	727,9
из них:		
некоторые инфекционные и паразитарные болезни	39,5	22,3
новообразования	54,2	11,3
болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ	94,8	16,2
болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный	14,0	4,8

Классы заболеваний	Зарегистрировано пациентов с заболеванием	
	всего	впервые
механизм		
болезни нервной системы и органов чувств	194,3	70,7
болезни системы кровообращения	279,8	49,4
болезни органов дыхания	356,9	303,7
болезни органов пищеварения	117,0	22,9
болезни мочеполовой системы	138,6	55,3
болезни кожи и подкожной клетчатки	73,5	51,2
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	83,5	22,8
врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	16,3	4,3
травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	69,4	69,4

Видно, что число всего зафиксированных в 2017 г. заболеваний было более 1600‰, уровень первичной заболеваемости составил почти 730‰ (в 2016 г. – 748,2, в 2015 г. – 750,9).

В структуре первичной заболеваемости на первом месте болезни органов дыхания, на втором-третьем – болезни нервной системы и органов чувств, а также травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин. Ежегодно наибольший удельный вес впервые зарегистрированных заболеваний приходится на возрастную группу 18 лет и старше – 56,9%, дети до 14 лет составляют 38%.

В 2017 г. в области зарегистрировано 1592 случая острых отравлений химической этиологии (далее – ООХЭ) (бытовые, производственные, техногенные), в том числе 460 случаев с летальным исходом – 28,9% (в 2016 г. – 1739 (510), в 2015 г. – 2137 (648)). В структуре ООХЭ выделено 4 основные причины: острые отравления спиртосодержащей продукцией (2015 г. – 589 случаев, в 2016 г. – 572, в 2017 г. – 618) – в основном этиловым спиртом; лекарственными препаратами; наркотическими веществами; продуктами питания. Наблюдается рост отравлений среди работающего населения – 297 случаев или 48,1% (в 2016 г. – 256, то есть в 1,2 раза.).

Характеристика производственного травматизма в Саратовской области

представлена в табл. 3.3.

Таблица 3.3 – Характеристика производственного травматизма в Саратовской области по годам, на 100 тыс. населения

Численность	2015	2016	2017
Численность пострадавших при несчастных случаях на производстве, человек			
всего	382	293	278
мужчины	247	202	186
женщины	135	91	92
из них со смертельным исходом			
всего	21	13	8
мужчины	17	12	8
женщины	4	1	—
Численность пострадавших при несчастных случаях на производстве на 1000 работающих соответствующего пола			
всего	1,1	0,9	0,8
мужчины	1,3	1,1	1,0
женщины	0,9	0,6	0,6
из них со смертельным исходом			
всего	0,060	0,038	0,024
мужчины	0,089	0,064	0,043
женщины	0,025	0,006	-
Число человеко-дней нетрудоспособности у пострадавших на производстве			
всего	18941	13135	12538
на одного пострадавшего	49,6	44,8	45,1

Из данных, представленных в табл. 3.3, видно, что, несмотря на ежегодное снижение числа травм на производстве, в том числе со смертельным исходом, уровень травматизма остаётся достаточно высоким.

Саратовская область относится к регионам с высоким уровнем онкологической заболеваемости (26-е место в Российской Федерации и 7-е среди регионов ПФО). Анализ территориальных различий в уровне заболеваемости за последние 10 лет показал, что данный показатель значительно выше в левобережных районах области.

В 2017 г. в области было зарегистрировано 544 504 случая инфекционных и паразитарных заболеваний, что на 6,8% (на 41018 случаев) меньше, чем в 2016 г. Как и в предыдущие годы, в структуре инфекционных и паразитарных болезней

преобладали острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) и грипп, доля которых составила 90,5%.

На территории Саратовской области за 2017 г. зарегистрировано 498070 случаев заболевания острыми респираторными вирусными инфекциями с относительным показателем 20022,68 на 100 тыс. населения, что на 7,2% ниже, чем за аналогичный период 2016 года, среднероссийского показателя – на 7,8% и на 9,4% показателя заболеваемости ПФО

За 2017 г. зарегистрировано 847 случаев гриппа с показателем заболеваемости 34,09 на 100 тысяч населения. Это на 11,8% ниже, чем в 2016 г. (964 случаев с относительным показателем – 38,67), что на уровне показателя по Российской Федерации (34,93) и показателя ПФО.

Без учета гриппа и ОРВИ было отмечено 56 356 случаев инфекционных и паразитарных заболеваний, что на 2,2% (на 1161 случай) больше, чем в 2016 г.

В 2017 г. отмечено снижение инфекционной заболеваемости по 33 нозологическим формам, в том числе острыми кишечными инфекциями установленной этиологии – на 22,4%, острым вирусным гепатитом В на 23,2%, хроническим вирусным гепатитом В – 8,2%, хроническим вирусным гепатитом С – на 8,8%, носительством возбудителя вирусного гепатита В – на 9,7%, менингококковой инфекцией – в 4,7 раза, туберкулёзом – на 15,3%, сифилисом – на 2,5%, гонококковой инфекцией – на 19,2%, ВИЧ-инфекцией – на 11,6%, ОРВИ – на 7,2%, гриппом – на 12,1%, внебольничными пневмониями – на 11,0%.

Однако увеличилась заболеваемость по 20 нозологическим формам, в том числе сальмонеллезными инфекциями – на 29,7%, острыми кишечными инфекциями неустановленной формой – на 5,4%, энтеровирусными инфекциями – в 3,2 раза, острым вирусным гепатитом А – в 2 раза, ветряной оспой – на 18,5%, геморрагической лихорадкой с почечным синдромом – на 45,7%, инфекционным мононуклеозом – 13,8%, микроспорией – на 18,5%, укусами клещами – на 8,5%, укусами животными – на 3,3%, педикулезом – на 8,5%.

Наиболее эпидемиологически значимыми инфекционными болезнями, с

показателями, превышающими 200,0 на 100 тысяч населения, являются ОРВИ, внебольничные пневмонии, острые кишечные инфекции неустановленной этиологии, укусы животными. Их доля в общей структуре заболеваемости составила 97,7%

Экономический ущерб от 23 наиболее актуальных инфекционных болезней в Саратовской области в 2017 г. составил 7,6 млрд р.

Одним из наиболее социально-значимых инфекционных заболеваний как в целом по Российской Федерации, так и по Саратовской области продолжает оставаться туберкулез. На фоне позитивной динамики показателей, характеризующих снижение интенсивности эпидемического процесса, заболеваемость населения туберкулезом сохраняется и превышает эпидемиологически благополучный уровень (30,0 на 100 тыс. населения) (рис. 3.2).

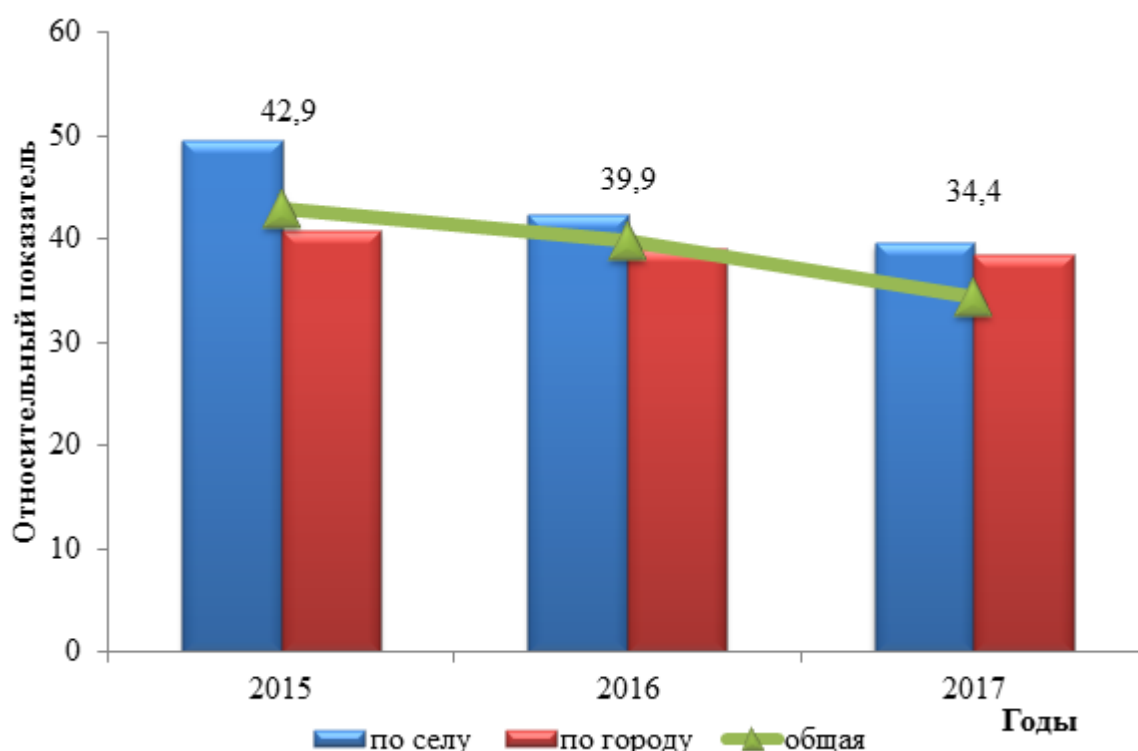


Рисунок 3.2 – Заболеваемость населения туберкулезом в Саратовской области, на 100 тыс. населения

В структуре заболеваемости туберкулез органов дыхания составил 94,7%. показатель заболеваемости – 32,6 на 100 тыс. населения. Среди заболевших 48,9%

– больные бациллярными формами (2016 г. – 43,6%, 2015 г. – 41,6%; 2014 г. – 38,5%). На долю молодого трудоспособного населения (18-55 лет) приходится 74,9% больных туберкулезом. Удельный вес сельского населения в структуре заболевших – 39,6%.

Охват контрольными профилактическими осмотрами на туберкулез населения области составил 86,6%, в том числе флюорообследованием – 86,3% (2016 г. – 86,6%, 2015 г. – 84,3%). Основная масса больных туберкулезом была выявлена при проведении профилактических осмотров (72,6%). Охват профилактическими осмотрами работников декретированных профессий по Саратовской области в 2017 г. составил 100,0%. Заболело туберкулезом 58 человек из группы лиц декретированного контингента, показатель заболеваемости составил 42,6 на 100 тыс. декретированного контингента, что на уровне 2014-2016 гг. (2016 г. – 44,7; 2015 г. – 43,49).

Важное значение в предупреждении заболеваний туберкулезом имеет иммунизация подлежащих контингентов, проводимая в рамках национального календаря профилактических прививок. В 2017 г. прививки против туберкулеза получили 25134 ребенка. Среди новорождённых привито 21163 ребенка.

В области продолжает оставаться напряженной эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции – с 1987 по 2018 г. зарегистрировано 18 879 российских граждан, у которых при тестировании крови были выявлены антитела к ВИЧ. 73,11% зарегистрированных ВИЧ – инфицированных являются жителями области, показатель пораженности ВИЧ-инфекцией постоянно проживающего населения составил 554,84 на 100 тыс. населения (рис. 3.3).

Из данных, представленных на рис. 3.3, видно, что ВИЧ-инфекция характеризуется линейным увеличением общего числа вновь зарегистрированных случаев.

Растет число смертей среди инфицированных ВИЧ. За весь период эпидемии умерло 6014 ВИЧ-инфицированных, в том числе по причине ВИЧ-инфекции – 2000 чел. или 33,26%. В учреждениях исполнения наказаний в 2017 г.

содержались 2147 ВИЧ-инфицированных лиц.

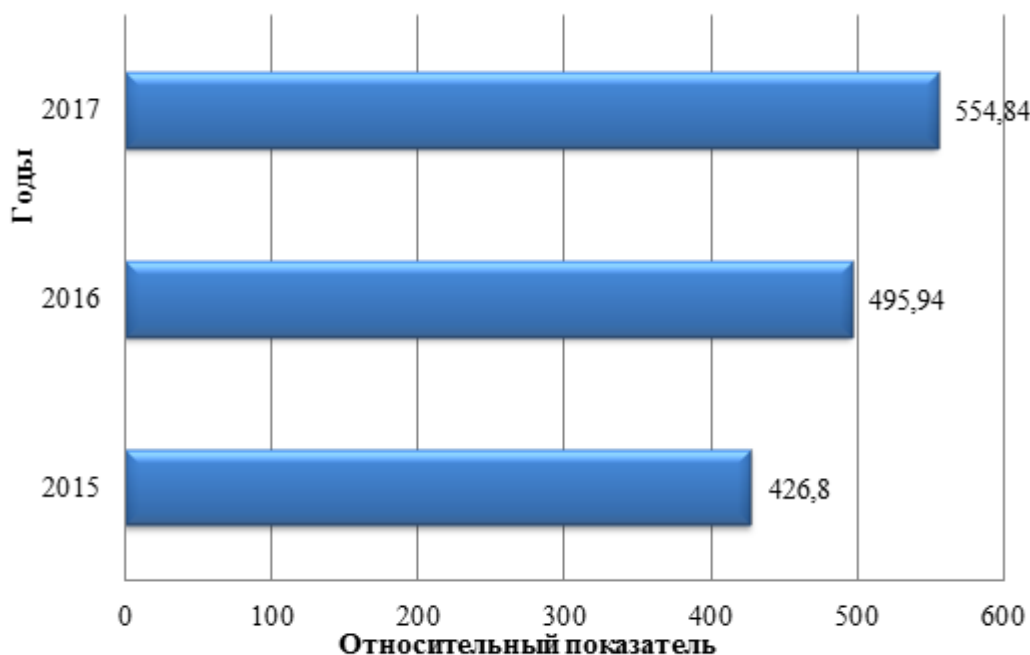


Рисунок 3.3 – Поражённость населения области ВИЧ-инфекцией в 2015–2017 гг.

Наибольшее распространение вирус иммунодефицита человека получил среди лиц возрастной группы 30–39 лет – 42,3% (2016 г. – 44,2%, 2015 г. – 45,4%), доля возрастной группы 20–29 лет составила 28,1% (2016 г. – 22,8%, 2015 г. – 26,0%), что определяет интенсивность эпидемического процесса среди женщин детородного возраста и высокий риск реализации вертикального механизма передачи инфекции от матери к ребенку.

В структуре путей передачи инфекции по-прежнему преобладает половой путь – 72,4% (2016 г. – 71,7%). Через внутривенное введение наркотиков нестерильным инструментарием заразились 24,57% выявленных лиц. Заражение детей в возрасте до 14 лет жизни в 100,0% случаев произошло вертикальным путем.

В 2017 г. отмечается снижение заболеваемости сифилисом на 2,5%. Всего зарегистрировано 832 случая с уровнем 33,45 на 100 тысяч населения (в 2016 г. – 855 случаев и 34,30 на 100 тысяч населения), что в 1,8 раз выше

среднероссийского показателя (РФ – 18,74) и в 1,9 раз выше уровня по ПФО (17,92).

Заболеваемость гонококковой инфекцией в 2017 г. в области снизилась на 19,2% (5,35 на 100 тысяч населения), что на 50,9% ниже показателя по РФ (10,91) и на 51,8% ниже показателя по ПФО (11,09). Уровень заболеваемости гонореей городского населения выше сельского и составил – 77,4% (2016 г. – 80,6%).

Проводимая иммунизация населения в рамках Национального календаря профилактических прививок позволила добиться снижения и стабилизации на низких уровнях заболеваемости инфекциями, управляемыми средствами специфической профилактики. В целом по Саратовской области во всех календарных возрастах поддерживается рекомендуемый уровень (95,5% и выше) охвата профилактическими прививками против дифтерии, коклюша, полиомиелита, эпидемического паротита, кори, краснухи, столбняка, вирусного гепатита В, что подтверждается результатами серологического мониторинга.

В 2017 г. в Саратовской области суммарное число впервые зарегистрированных случаев гемоконтактных вирусных гепатитов (острые, хронические и латентные формы) составляет 1824 случая с показателем 73,32 на 100 тыс. населения, что ниже на 8,8% 2016 г. Отмечается ежегодная регистрация высокого уровня впервые выявленных хронических форм заболевания вирусными гепатитами, особенно гепатита С, который доминирует в этиологической структуре (2017 г. – 78,1%), и наметившаяся тенденция к снижению показателей заболеваемости острым гепатитом В.

В структуре острых вирусных гепатитов на долю гепатита С в 2017 г. приходилось 19,4%, уровень заболеваемости составил 1,93 на 100 тыс. населения против 1,60 в 2016 г. Всего в 2017 г. зарегистрировано 48 случаев, что на 16,6% выше уровня 2016 г. Произошли динамические изменения в структуре путей передачи вируса гепатита С: существенно снизилась доля искусственного пути передачи при внутривенном употреблении наркотиков – до 14,58% в 2017 г. Продолжают сохранять свою актуальность заражения, связанные с

либерализацией сексуальных отношений, на долю которых приходилось 50,0 – 62,5%.

В регионе в 2017 г. зарегистрировано 153 случая вирусного гепатита А (ВГА), с показателем 6,15 на 100 тысяч населения, что в 2,0 раза выше показателя 2016 года (2016 г. – 75 случаев и 3,01 на 100 тыс. населения). Уровень заболеваемости ВГА в 2017 г. по области выше показателя РФ на 11,4% (РФ – 5,52) и ниже показателя по ПФО на 9,2% (6,77). В возрастной структуре заболеваемости ВГА в 2017 г. преобладало взрослое население – 80,4%, в 2016 г. – 73,3%, дети до 14 лет составили 16,3% от общей заболеваемости.

В 2017 г. в Саратовской области учтено 12 716 случаев острых кишечных инфекций (ОКИ) с показателем заболеваемости 511,19 на 100 тысяч населения (2016 г. – 544,04, снижение на 6%). Уровень заболеваемости ОКИ в 2017 г. ниже среднероссийского на 2,8% и выше показателя по ПФО на 8,8%. В структуре ведущими остаются ОКИ с неустановленным возбудителем – 65,5% (2016 г. – 58,4%, 2015 г. – 63,9%).

Показатель заболеваемости ОКИ с установленными возбудителями в области составил 173,63 на 100 тысяч населения, что на 1,1% выше показателя по РФ (171,8) и на 7,3% выше показателя по ПФО (161,77). В их структуре 52,0 % составляют инфекции, вызванные бактериальными возбудителями и 48,0% – вызванные вирусами. При этом 88,2% случаев вирусной этиологии приходится на ротавирусную инфекцию, которая регистрируется в основном среди детей до 14 лет (98,7% от общей заболеваемости).

В 2017 г. в области зарегистрировано 68 случаев дизентерии с показателем 2,73 на 100 тысяч населения (2016 г. – 2,53), что на 7,9% выше уровня 2016 г., но ниже среднероссийского в 1,7 раз (РФ – 4,54) и выше показателя по ПФО в 1,7 раз (ПФО – 1,56). Пищевой путь передачи дизентерии выявлен в 71,4%, ведущими факторами передачи явились овощи и фрукты (42,6%).

Заболеваемость брюшным тифом на территории Саратовской области носит спорадический характер. В течение 10 лет случаев заболевания брюшным тифом

зарегистрировано не было. В соответствии с календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям проводится иммунизация против брюшного тифа лиц с повышенным риском инфицирования. В 2017 г. привито 433 человека из числа сотрудников занятых в сфере коммунального благоустройства.

В 2017 г. в области зарегистрировано 775 случаев заболеваний сальмонеллезом, с показателем 31,16 на 100 тысяч населения, отмечен рост заболеваемости в сравнении с 2016 г. на 29,7% (2016 г. – 24,03). Уровень заболеваемости в области выше среднероссийского показателя в 1,4 раза (РФ – 22,07) и по ПФО в 1,2 раза (25,45) (рис. 3.4).

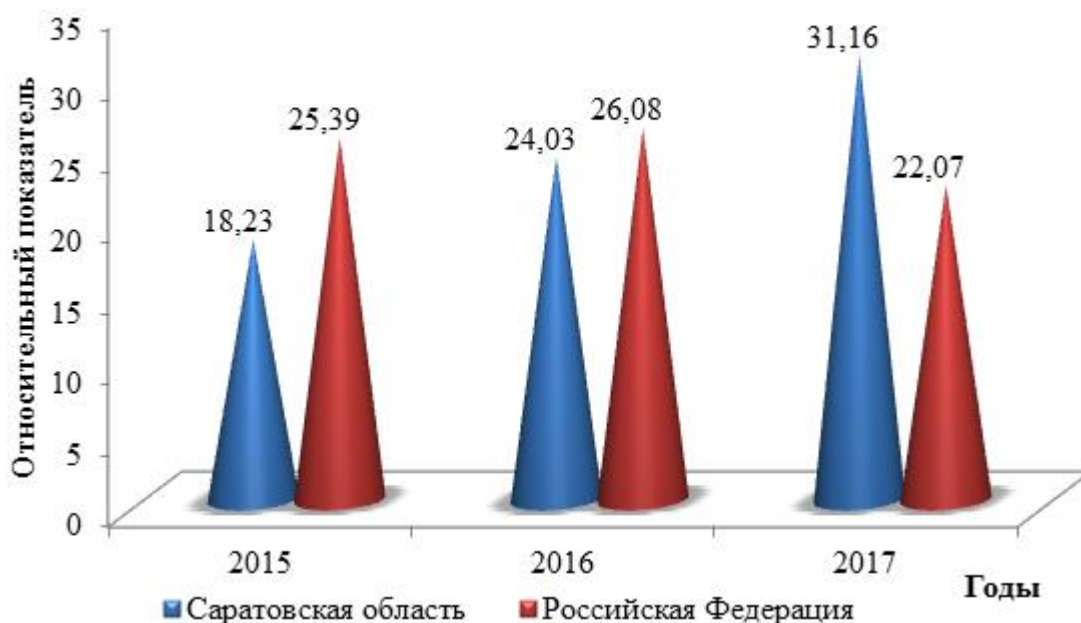


Рисунок 3.4 – Динамика заболеваемости сальмонеллезами в Саратовской области в 2015–2017 гг., на 100 тыс. населения

Основным путём передачи сальмонеллёзных инфекций остается пищевой – 61,6%, преобладающими факторами – продукты птицеводства, мясо и мясопродукты (48,0%).

В 2017 г. в области отмечался интенсивный рост заболеваемости энтеровирусной инфекцией и зарегистрирован максимальный показатель (330 случаев) с момента начала регистрации данной инфекции. Среднегодовое

уровень превышен в 5,7 раза и составил 13,3 на 100 тыс. населения. Среди заболевших лица до 17 лет составили 91,8%. Наиболее высокий уровень заболеваемости зарегистрирован в возрастной группе 3–6 лет.

Заболеваемость энтеровирусным менингитом также превысила среднемноголетний уровень (в 4,5 раза) и составила 8,6 на 100 тыс. населения. Такой диагноз был установлен 215 заболевшим (в 2016 г. – 80 случаев, уровень на 100 тыс. населения – 2,0).

Актуальными для области являются вопросы профилактики природно-очаговых инфекций. Так, в 21 районе, в том числе и зеленой зоне города Саратова, выявлены природные очаги ГЛПС. За весь период регистрации – с 1964 по 2017 гг. зарегистрировано 8365 больных. Данные многолетнего анализа эпидситуации по ГЛПС показали, что для Саратовской области характерно преобладание бытового и лесного типов заражения и осенне-зимней сезонности. В 2017 г. удельный вес бытового типа составил 46,7%, лесного – 34,8%, садово-огородного – 13,7%, неустановленного – 4,5%. На осенне-зимние месяцы приходится 70,6% от общей годовой заболеваемости. Более 65% заболевших – наиболее трудоспособного возраста (20–49 лет). В целом по области в 2017 г. на 5% возросла численность мелких млекопитающих.

Во всех районах области существуют природные очаги туляремии. Последний случай заболевания был зарегистрирован в 2013 г. в Аркадакском районе.

В регионе остается напряженной эпизоотическая обстановка по бешенству. Природные очаги бешенства имеются во всех районах области – регистрируются случаи бешенства среди различных видов животных (в 2017 г. – 110, что в 2,0 раза больше, чем в 2016 г.). В 2017 г. в медицинские организации с повреждениями, нанесёнными животными, обратились 5985 человек (240,60 на 100 тысяч населения), что на 3,3% выше уровня обращаемости 2016 г. (232,97 на 100 тысяч населения). Показатели обращаемости на 7,15% ниже среднероссийских и на 12,0% ниже показателей по ПФО. Число укусов (ослюнений, оцарапываний),

нанесённых животными с подтверждённым бешенством, в 2017 г. увеличилось в 1,6 раза и составило 192 случая (7,2 на 100 тысяч населения), в 2016 г. было зарегистрировано 122 случая (4,9 на 100 тысяч населения). На протяжении многих лет регистрируется высокий уровень отказов от вакцинации и самовольного прерывания курса антирабических прививок. В 2017 г. этот показатель несколько снизился (с 32,6% в 2016 г. до 30,4%).

В 2017 г. в Саратовской области зарегистрировано 2 случая заболевания бруцеллезом (в 2016 г. – 4). При этом сохранялась неблагоприятная эпизоотическая ситуация по заболеваемости бруцеллёзом сельскохозяйственных животных (крупного и мелкого рогатого скота). С учётом 8 неблагоприятных пунктов, не оздоровленных с 2014-2016 года, в 2017 г. их было зарегистрировано 24. В хозяйствах выявлено 307 положительно реагирующих животных. Практически все неблагоприятные пункты по бруцеллезу расположены рядом с Республикой Казахстан. В 2017 г. в эпизоотических очагах бруцеллёза выявлены 154 человека, имевших контакт с больными животными, инфицированной животноводческой продукцией и сыром.

В 23 административных территориях области сформировались природные очаги клещевого боррелиоза (область не является эндемичной по клещевому вирусному энцефалиту). В 2017 г. зарегистрировано 5 случаев заболевания (2016 г. – 1). По поводу укусов клещами за медицинской помощью обратилось 1381 человек. Уровень обращаемости 55,52 на 100 тысяч населения (в том числе среди детей – 382 случая). Количество обратившихся за медицинской помощью по поводу присасывания клещей увеличилось на 8,5% по сравнению с 2016 г. Показатель обращаемости ниже, чем по РФ и ПФО.

Удельный вес паразитарных болезней в общей заболеваемости (без учета гриппа и ОРВИ) в 2017 г. составил 7,2%, что на уровне 2016 г. Уровень заболеваемости паразитарными болезнями в 2017 г. уменьшился на 18,1% и составил 132,50 на 100 тыс. населения (2016 г. – 161,85 на 100 тыс. населения). При этом по четырём нозологическим формам (лямблиозу, энтеробиозу,

дифиллоботриозу, эхинококкозу) отмечается снижение заболеваемости. Зафиксирован рост заболеваемости аскаридозом, токсокарозом, тениаринхозом, дифилляриозом, описторхозом. Среди протозоозов наиболее распространённым является лямблиоз – в 2017 г. зарегистрировано 217 случаев или 8,72 на 100 тысяч населения (в 2016 г. – 435 случаев с показателем 17,45 на 100 тысяч населения). В структуре инвазированных дети составляли 75,1% (в 2016 г. – 77,4%). Преобладает энтеробиоз – 89% от всех гельминтозов. В 2017 г. зарегистрировано 2934 случая энтеробиоза с показателем 117,95 на 100 тыс. населения, что на 15% ниже уровня заболеваемости в 2016 г. (138,71). Энтеробиоз по-прежнему остается ведущей инвазией среди детей и широко распространен в организованных детских коллективах. В 2017 г. зарегистрировано 2772 случая энтеробиоза среди детей до 14 лет, что составляет 94,4% от всех зарегистрированных случаев, в том числе 25,5% – дети, посещающие детские дошкольные учреждения. Ведущей инвазией в группе геогельминтозов является аскаридоз.

В области остаётся сложная обстановка в очагах таких биогельминтозов, как дифиллоботриоз и эхинококкоз, течение болезни которых нередко сопровождается хронизацией процесса и необратимыми осложнениями, что приводит к утрате трудоспособности и летальности. В 2017 г. зарегистрировано 28 случаев эхинококкоза, с показателем заболеваемости 1,13 на 100 тыс. населения, что на 7 случаев меньше, чем в 2016 г. (35 с уровнем заболеваемости 1,40 на 100 тыс. населения). У 92,8% заболевших отмечаются поражения печени, по одному случаю легких и забрюшинного пространства.

В 2017 г. в регионе выявлен один завозной случай заболевания тропической малярией (Республика Бенин).

За последние 16 лет в Саратовской области случаи заболевания эпидемическим сыпным тифом не регистрировались (последний случай – в 2000 г.

В 2017 г. в регионе зарегистрировано 1925 случаев педикулеза с показателем заболеваемости 77,39 на 100 тыс. населения (в 2016 г. – 71,00 на 100

тыс. населения), что в 1,7 раза ниже показателя заболеваемости по Российской Федерации и в 1,8 раза выше, чем по ПФО (рис. 3.5).

Наибольшая поражённость педикулезом отмечается среди детского населения – 79,6% (1534 случая с показателем 339,83 на 100 тысяч населения, что на 9,8% выше заболеваемости 2016 г.). Среди детей до 14 лет зарегистрировано 1424 случая педикулеза, с относительным показателем – 370,42 (2016 г. – 337,02).

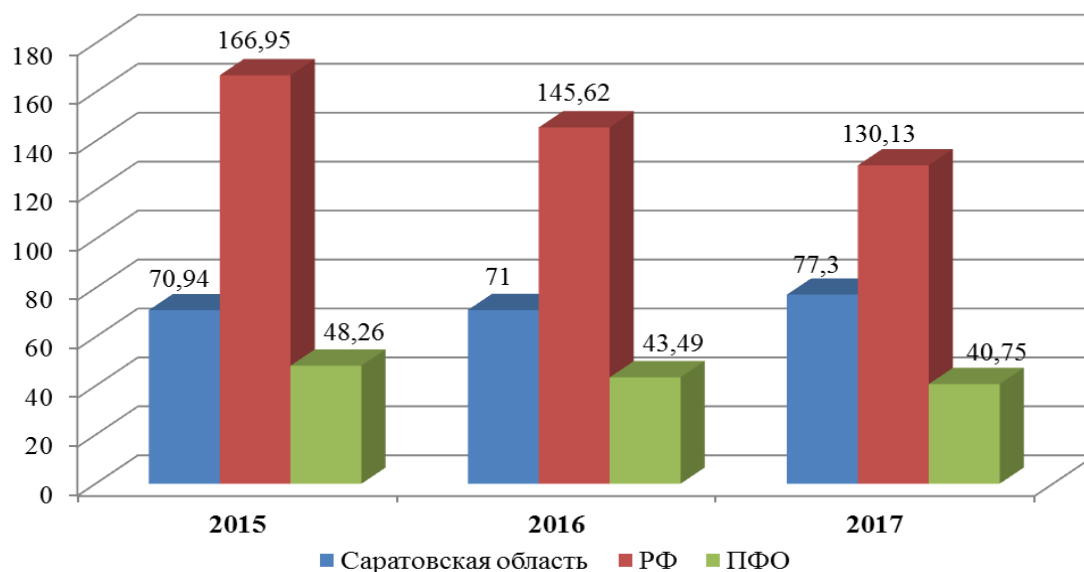


Рисунок 3.5 – Поражённость педикулезом населения Саратовской области, на 100 тыс. населения

В 2017 г. случаев заболеваний опасными инфекциями, требующих проведения мероприятий по санитарной охране, в области не зарегистрировано.

Результатом длительного воздействия неудовлетворительных условий труда на ряде промышленных и сельскохозяйственных предприятий Саратовской области явилось развитие профессиональных заболеваний. За 3 года зарегистрированы и расследованы 102 случая. Наибольший удельный вес профессиональных заболеваний отмечен среди работников предприятий сельского хозяйства (46,6%) и деятельности воздушного транспорта (40%).

Ведущими формами в структуре профессиональной патологии на предприятиях области в 2017 г., с учетом специфики отраслей производства, являются: нейросенсорная тугоухость (42,8%); заболевания опорно-двигательного

аппарата (14,3%); заболевания органов дыхания (23,8%); вибрационная болезнь (14,3%); инфекционные заболевания (4,8%).

Основными причинами, вызвавшими профессиональные заболевания в различных отраслях, являются конструктивные недостатки машин, оборудования – 15,8%, несовершенство технологических процессов – 48,4%, несовершенство рабочих мест – 15,8%, контакт с инфекционным агентом – 5,3%, нарушение режима труда – 10,5%.

Важной характеристикой состояния здоровья населения является инвалидность. В Саратовской области в 2018 г. зафиксировано 136538 взрослых инвалидов (2017 г. – 138 036; 2016 г. – 140595), в Российской Федерации – 11 469 тыс. (2017 г. – 11 625 тыс.; 2016 г. 12 134 тыс.).

Из числа взрослых инвалидов 64039 чел. или 46,9% – мужчины и 72499 чел. или 53,1% – женщины. Инвалидов I группы – 19189 чел. (14,1%), II – 63 99 (46,8%) и III – 53450 (39,1%). Возрастной состав взрослых-инвалидов представлен следующим образом: 18–30 лет – 4,6%, 31–40 – 7,24%; 41–50 – 9,79%, 51–60 – 18,8%, свыше 60 лет – 59,57%.

Среди причин первичного выхода на инвалидность населения региона, также как в ПФО и РФ, доминируют болезни системы кровообращения (ПФО – 36,2 на 10 тыс. населения, РФ – 34,8, Саратовская обл. – 23,0), на втором месте – злокачественные новообразования, по которым показатель инвалидности в области выше среднего по России на 10,3% (Саратовская обл. – 16,1, ПФО – 15,4, РФ – 14,6 на 10 тыс. населения). Третье ранговое место занимают болезни костно-мышечной системы (РФ – 7,3 на 10 тыс. населения, ПФО – 6,8, Саратовская обл. – 4,1). Четвертое-пятое место поделили между собой последствия травм, отравлений и других воздействий внешних причин (РФ – 4,4 на 10 тыс. населения, ПФО – 4,0, Саратовская обл. – 2,7) и психические расстройства и расстройства поведения: ПФО – 3,4, РФ – 3,1, Саратовская обл. – 2,8.

Численность детей-инвалидов в Саратовской области – 7265 (5,05% от всех инвалидов). Мальчики 59,66%, девочки – 40,34%. В возрасте 0–3 года – 9,32%, 4–

7 – 21,67%, 8–14 – 48,99%, 15–17 – 20,03%.

В структуре инвалидности детей и подростков в возрасте от 0 до 17 лет первое место занимают психические расстройства и расстройства поведения (45,2% – умственная отсталость), второе место – болезни нервной системы, третье – врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения.

Число работающих инвалидов ежегодно увеличивается на 5–6% (в 2017 г. на территории региона проживало 46 958 инвалидов трудоспособного возраста, из них численность незанятых составляла 37 177). В то же время на практике реализовать инвалиду свое право на труд проблематично. Нужны вакансии и желание работодателей принимать работника с определёнными ограничениями к трудовой деятельности. Кроме того, эффективная реализация права на труд напрямую связана с созданием городской и сельской инфраструктуры, комфортной для лиц с ограниченными возможностями здоровья (пандусы и подъемники, места для парковки, дублирование сигналов светофоров звуками, оснащение общественного транспорта специальными приспособлениями и др.), оборудование рабочих мест в соответствии с индивидуальными программами реабилитации. Всё это гарантируется государством, но пока развито недостаточно.

С одной стороны, центрами занятости города Саратова в 2018 г. было получено 2097 программ реабилитации инвалидов в трудоспособном возрасте, имеющих показания к работе, 42% которых выданы лицам, имеющим психическое расстройство, 21,2% – по общему заболеванию, 18,6% – по зрению. Им рекомендованы следующие условия труда: 37% – благоприятный микроклимат; 37% – легкий физический труд; 38% – без ночных смен; 25% – без длительного пребывания на ногах; 25% – умственный труд. С другой стороны, работодателями в базу вакантных рабочих мест для инвалидов заявлено 2052 рабочих места, из них 1193 – по рабочим специальностям (в том числе 525 – не требующие специальных навыков), 859 – для ИТР и служащих. При этом

требованиям по продолжительности рабочего дня, медицинским показаниям, физическому состоянию работника и другим, заявленным по данным вакансиям, не соответствуют большинство инвалидов, стоящих на учете в службе занятости.

В российском законодательстве механизм защиты прав инвалидов в целом соответствует международным правовым актам, обязывающим уделять первостепенное внимание вопросам своевременности выявления, пресечения и устранения нарушений в сфере защиты прав инвалидов. Прокуратурой Саратовской области выявлено в 2014 г. – 1988 таких нарушений, в 2015 г. – 1450, 2016 г. – 1525, 2017 г. – 1686.

Таким образом, материалы исследования, представленные в данном разделе, свидетельствуют о том, что на фоне относительно стабильной эпидемиологической обстановки в Саратовской области выявлен ряд проблемных вопросов, имеющих отношение к негативным медико-демографическим характеристикам, показателям заболеваемости, инвалидности, которые требуют оптимизации.

3.2 Характеристика образа жизни населения Саратовского региона

Проведение анонимного анкетирования населения (посетителей центров здоровья г. Саратова и Саратовской области) позволило дать характеристику проявлений ряда детерминант здоровья в Саратовском регионе. Полученные результаты представляются без учёта ошибки репрезентативности, так как относительные величины выражены в целых числах, а их ошибки в сотых долях (выборочная статистическая совокупность – 9260 человек). При этом качественная репрезентативность была соблюдена относительно посетителей центров здоровья области для взрослых, а также распределения населения на трудоспособное и старше трудоспособного (лица моложе трудоспособного возраста – 16,7% населения Саратовской области, проходящие обследование в детских центрах здоровья, в число респондентов включены не были), то анализировались характеристики образа жизни только этих категорий населения.

Респонденты оценили состояние своего здоровья. По мнению 30%, оно было хорошим, 55% – удовлетворительным, 8% – плохим (7% затруднялись дать оценку).

По данным анкетирования, 49% опрошенных получали информацию по вопросам здоровья и его охраны от лечащего врача, 13% – от родственников, друзей, знакомых, 13% – из материалов, имеющихся в медицинских учреждениях (памяток, плакатов, буклетов, брошюр и др.), 25% – из средств массовой информации.

По мнению 76% респондентов, только они сами должны заботиться о своём здоровье. Остальные считали, что в этом процессе также принимают участие медицинские работники (9%), члены семьи (7%), члены трудового коллектива (2%), администрация предприятия, учреждения, организации (6%).

По мнению 41% респондентов, они испытывают на себе действие вредных производственных факторов: высокая и низкая температуры; сквозняки; шум; вибрация; электромагнитные поля; недостатки естественного и искусственного освещения; необходимость чрезмерно длительного сосредоточения внимания; физические и эмоциональные перегрузки; опасность заразиться инфекционными заболеваниями. Респонденты (28%) сообщили, что у 24% двухсменная и у 4% трёхсменная работа. Более того, 16% опрошенных считали, что страдают профессиональным заболеванием.

38% анкетизируемых не были удовлетворены сложившимися в их трудовом коллективе взаимоотношениями. Такое положение имело место по вине непосредственного руководителя (14% ответов), других членов коллектива (13%), руководителя организации (8%), по собственной вине (3%).

По мнению 62% респондентов, их интересуют профилактические программы по сохранению здоровья. При этом желают принять участие в таких программах 52%.

В связи с высокой значимостью детерминант, имеющих отношение к образу жизни, целенаправленно получена их характеристика.

Подавляющему большинству респондентов (94%) знакомо понятие «Здоровый образ жизни» и его элементы, 79% уверены, что реализация этих элементов может улучшить их здоровье. В то же время только 39% считали, что их образ жизни можно назвать здоровым, 49% старались сами его соблюдать и 71% – привить членам своей семьи.

Можно отметить, что далеко не все опрошенные жители Саратовского региона смогли перечислить весь перечень составляющих образа жизни. Вместе с тем целенаправленный опрос относительно отдельных составляющих, в частности их конкретизация, позволил получить представление о соответствующем региональном «портрете». Так, опрошенные посетители центров здоровья считали, что употребление наркотиков – серьёзная проблема (95% ответов), особенно для молодёжи. Половина из них обсуждает проблему наркотиков в кругу друзей, знакомых. По мнению 12%, в Саратове легко можно достать наркотики, по данным 22%, – скорее легко, чем трудно. Никто из респондентов не сообщил, что употребляет наркотики, однако 6,5% отметили, что в их близком окружении (друзья, члены семьи, родственники) такие лица есть. Кроме того, более 10% получают информацию о наркотиках от знакомых, которые их употребляют, 9% в прошлом попробовали их «вкус» (это были и курение «травки», и приём внутрь таблеток, и уколы в вену, и «нюханье» порошка), 21% предлагалось совместное употребление наркотиков.

По мнению 91% посетителей центров здоровья, никогда и ни при каких обстоятельствах не стоит употреблять наркотики. В то же время 9% придерживались противоположной точки зрения.

Опрошенные считали, что есть ряд причин, которые побуждают употреблять наркотики: влияние друзей, компании, в том числе желание «стать своим» (30% ответов), стремление к удовольствию, желание испытывать необычные ощущения – в жизни нужно всё попробовать (20%), улучшить своё состояние, повысить активность и настроение, для улучшения самочувствия (17%), избавиться от неприятных переживаний, мыслей, заглушить их (12%) и др.

Почти четверть опрошенных (23%) считала, что «молодёжная культура» включает употребление и распространение наркотиков.

По мнению 92% респондентов, наркомания – это болезнь, только 5% так не считали и 3% затруднялись ответить.

На вопрос «Каково ваше поведение в отношении потребителей наркотиков» 28,1% респондентов ответили, что стараются свести контакты до минимума, 11,6% ведут себя с ними как со всеми остальными людьми, 1,3% стремятся к общению и даже выбирают себе друзей по этому признаку, 59% отметили, что с такими лицами никогда не сталкивались).

Респонденты оценили качество своего питания – одну из важнейших детерминант здоровья. Они правильно понимали суть здорового питания (соблюдение режима, соответствие энергетическим затратам, большое количество овощей и фруктов, уменьшение приёма жареной, острой и солёной пищи и т.п.). В то же время был выявлен ряд негативных характеристик. Так, 25% опрошенных не соблюдали режим питания, а 32% – не всегда соблюдали. Установлено, что 27% в течение дня питались только 1–2 раза; 13% вообще не принимали пищу на работе, 40% питались на рабочем месте, в специально отведенных местах – 26%, в столовой или буфете – 21%.

По данным 48% опрошенных, они употребляют в пищу продукты, содержащих консерванты, красители и вкусовые добавки. Причины – недостаток денежных средств (32%), отсутствие времени для поиска и покупки «здоровых» продуктов (30%).

26% респондентов отметили, что в их рационе отсутствует достаточное количество овощей и фруктов (основная причина – недостаток средств на их приобретение). 42% указали на частое употребление жареной и острой пищи, объясняя это привычкой. Пятая часть (21%) также имела привычку подсаливать пищу, даже не пробуя её.

Всего 56% опрошенных считали, что их масса тела нормальная, 34% – избыточная, 6% – ниже нормы (4% затруднялись с ответом). Но практически все

отметили то обстоятельство, что избыточная масса тела вредна для здоровья. При этом 30% анкетированных целенаправленно не интересовались своей массой тела, а 22% определяли её только 1 раз в год (остальные не реже 1 раза в месяц).

Достаточно значима также такая детерминанта здоровья, как «физическая активность». Свою физическую активность как «достаточную» оценили 40% респондентов. Утреннюю физическую зарядку дома делали только 34% опрошенных, а условия для занятий физической культурой и спортом на работе были у 19%.

Физически активный отдых нравится 68% респондентов. Однако в свободное от работы время только 14% занимались физкультурой и спортом (48%) выполняли различные семейные обязанности; 47% читали газеты, журналы, художественную литературу; 45% смотрели телевизионные передачи; 15% ходили в кино; 10% и посещали кафе, рестораны, бары, дискотеки).

Анкетированные сообщили, что 26% из них в среднем в сутки проводят до 1 часа на свежем воздухе (включая время на дорогу пешком до и после работы), 47% – от 2,5 до 3 часов, 17% – 3,5-5 часов, 10% – более 5 часов. Свой отпуск 39% проводят дома, 26% – на садовом участке (даче), 17% – у родственников в деревне, 6% – в туристических походах (на лыжах, на байдарках и т. д.), 4% – в санатории, санатории-профилактории (8% дали другие ответы).

Респонденты определили основные причины, мешающие им заниматься физической культурой, спортом, активно отдыхать (можно было дать несколько ответов). Первое ранговое место занимает отсутствие мотивации, лень (46% ответов); второе – не хватает свободного времени, в частности необходимость решать семейно-бытовые проблемы (34%), третье – большие нагрузки на работе и отсутствие денежных средств – «дорогое удовольствие» (по 28%). При этом, по мнению 32% посетителей центров здоровья, им удаётся уделить ночному сну не более 6 часов.

По данным анкетирования, 27% исследуемых курят (от 1 до 10 штук в день 55%; от 11 до 20 – 35%; более 20 – 10%). Почти в половине случаев это

происходит на работе (46%), в 25% – дома, в 15% – на улице, в 14% – в компании друзей в других местах. При этом 67% на некоторое время делали попытки прекратить табакокурение. Только 5% опрошенных ранее курили, но смогли бросить эту привычку (если принять всех, кто ранее курил и курит на момент анкетирования за 100%, то это 16%).

Посетившие центры здоровья 65% лиц считали, что курильщик вредит не только своему здоровью, но и здоровью окружающих. В то же время, по мнению 35%, курить или не курить – личное дело каждого человека.

По данным анкетирования, практически все опрошенные употребляют крепкие спиртные напитки (пиво не учитывалось). Из них 52% это делают эпизодически (по праздникам), 9% – 1 раз в месяц, 9% – еженедельно, 30% – ежедневно. Из числа лиц, которые это делают ежедневно, 41% выпивают бокал вина, 27% – рюмку водки (коньяка), 17% – 200 мл и более (15% дали другие ответы). Из них 32% пытались отказаться от этой вредной привычки, но безуспешно – не хватало силы воли (34%), необходимость снять «нервное» напряжение (32%), невозможность без алкоголя общаться с друзьями (30%), другие причины (4%).

Респонденты оценили состояние своего здоровья. По мнению 30% опрошенных, оно было хорошим, 55% – удовлетворительным, 8% – плохим (7% затруднялись дать оценку). Только чуть более половины (51%) анкетирруемых положительно оценили свою медицинскую активность – они считали, что если человек регулярно обследуется у врачей, то это способствует сохранению его здоровья. В то же время, по мнению 49%, обращаться к медицинским работникам следует только тогда, когда заболел. При этом 76% отметили полезность медицинских профилактических осмотров для определения состояния своего здоровья, однако только 48% собирались это сделать. По данным, полученным от 62% респондентов, их интересуют профилактические программы по сохранению здоровья. При этом желали принять участие в таких программах 52%. Половина (49%) опрошенных получали информацию по вопросам здоровья и его охраны от

лечащего врача, 13% – от родственников, друзей, знакомых, 13% – из материалов, имеющихся в медицинских учреждениях (памяток, плакатов, буклетов, брошюр и др.), 25% – из средств массовой информации. По мнению 76% респондентов, только они сами должны заботиться о своём здоровье. Остальные считали, что в этом процессе также принимают участие медицинские работники (9%), члены семьи (7%), члены трудового коллектива (2%), администрация предприятия, учреждения, организации (6%).

Анализировались и вопросы сексуального поведения. Так, 28% посетителей центров здоровья недостаточно осведомлены о заболеваниях, передающихся половым путём. Только 18% считали, что угроза заболеть СПИДом существует и лично для них, 49% – «вообще нет угрозы заражения», 33% – не смогли ответить. 41% не знали разницу между СПИДом и ВИЧ. У 42% не было информации о том, есть ли в Саратове и Саратовской области ВИЧ-инфицированные, а у 60% – о возможности пройти анонимное обследование.

Представлялось целесообразным обобщить негативные характеристики образа жизни населения Саратовской области (рис. 3.6).

Из данных, представленных на рис. 3.6, видно, что имеются негативные характеристики по всем проанализированным позициям. В большей степени это касается недостаточной вовлечённости в занятия физической подготовкой и спортом в свободное время, невыполнение утренней зарядки; недостаточной физической активности; нарушения режима питания, употребления в пищу продуктов, содержащих консерванты, красители и вкусовые добавки; низкой медицинской активности.

Полученные данные свидетельствуют о том, что характеристики образа жизни населения Саратовского региона нуждаются в оптимизации.

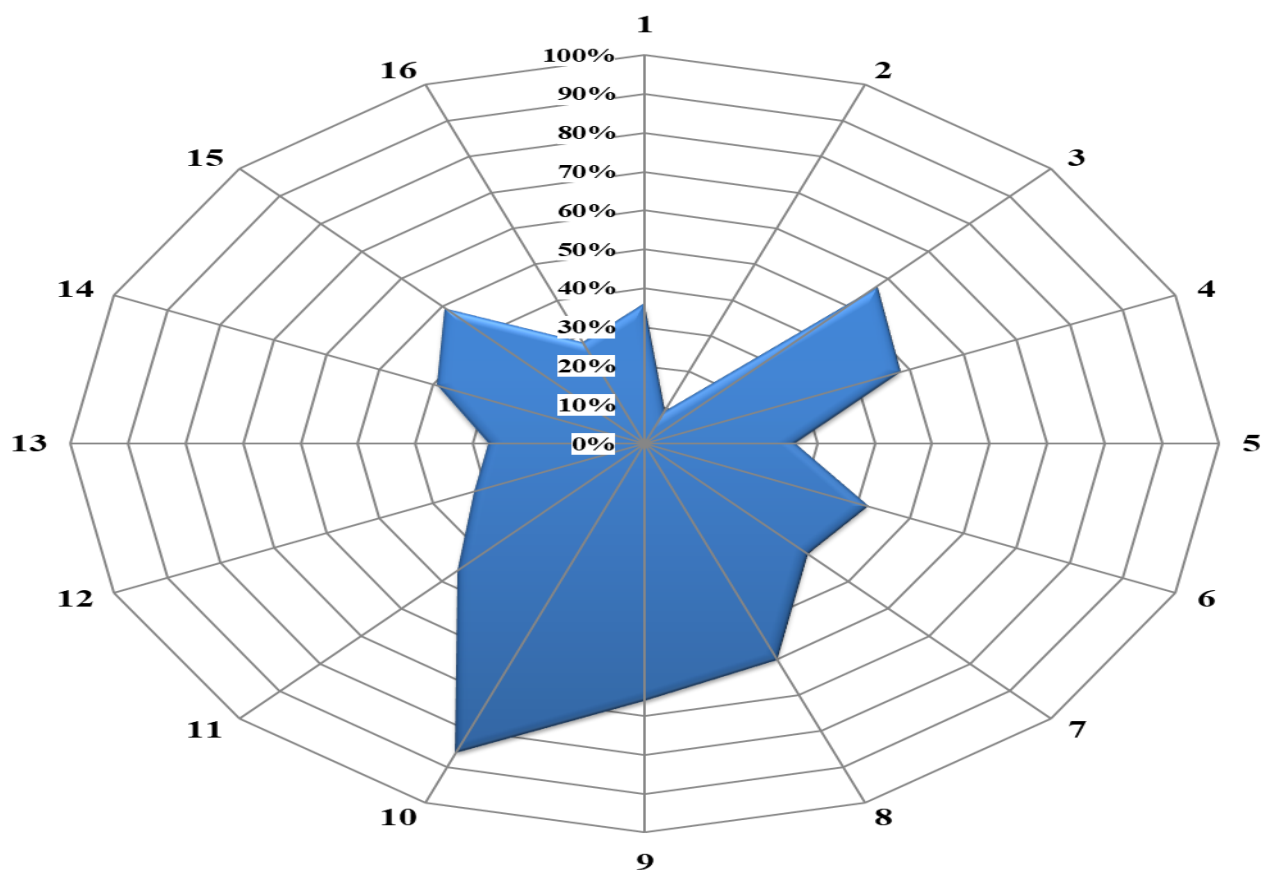


Рисунок 3.6 – Негативные характеристики образа жизни населения Саратовской области, % ответов

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

3.3 Оценка профилактической работы в медицинских организациях Саратовской области

Проведён анализ карт, характеризующих состояние профилактической работы в 92 медицинских организациях г. Саратова и Саратовской области,

которые заполнялись экспертами. Кроме того, анализировался ряд данных, представленных ГУЗ Саратовский областной центр медицинской профилактики (отчёты, справки по итогам проверок медицинских организаций), которые сравнивались с данными, представленными в Картах, а также материалами сводных отчётов медицинских организаций: по форме 38-у «Информация по санитарно-просветительной работе» – представляются два раза в год; по форме 30 (таблица 4809 по школам здоровья) – по итогам года.

В табл. 3.4 представлена характеристика информированности руководителей здравоохранения о наличии в их медицинских организациях общегосударственных нормативно-правовых актов, регламентирующих осуществление профилактической работы в медицинских организациях.

Таблица 3.4 – Характеристика информированности руководителей здравоохранения о наличии в медицинских организациях общегосударственных нормативно-правовых актов, регламентирующих осуществление профилактической работы

Документы	Ответ, %
Конституция Российской Федерации (1993)	100,0
Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»	100,0
Федеральный закон РФ от 23 февраля 2013 г. № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака»	74,3 ± 4,6
Указ Президента РФ от 9 октября 2007 г. № 1351 «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 г.»	62,9 ± 5,03
Указ Президента РФ от 9 июня 2010 г. № 690 «Об утверждении Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации на период до 2020 года»	51,4 ± 5,2
Распоряжение Правительства РФ от 24 декабря 2012 г. № 2511-р «Государственная программа развития здравоохранения Российской Федерации»	78,6 ± 4,3
Распоряжение Правительства РФ от 8 октября 2012 г. № 1864-р «О составе Правительственной комиссии по охране здоровья граждан»	42,9 ± 5,2
Распоряжение Правительства РФ от 30 декабря 2009 г. № 2128-р «О Концепции реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения РФ на период до 2020 года»	34,3 ± 4,9
Приказ Минздрава России от 30 сентября 2015 г. № 683н «Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях»	85,7 ± 3,6

Документы	Ответ, %
Приказ Минздрава России от 6 декабря 2012 г. № 1101н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра»	84,3 ± 3,8
Приказ Минздрава России от 23 сентября 2003 г. №455 «О совершенствовании деятельности органов и учреждений здравоохранения по профилактике заболеваний в РФ»	81,4 ± 4,1
Приказ Минздрава России от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»	77,1 ± 4,4
Приказ Минздрава России от 3 февраля 2015 г. № 36ан «Об утверждении Порядка проведения диспансеризации определённых групп взрослого населения»	72,9 ± 4,6
Приказ Минздрава России от 24 января 2003 г. № 4 «О мерах по совершенствованию организации медицинской помощи больным с артериальной гипертонией в Российской Федерации»	68,6 ± 4,8
Приказ Минздравсоцразвития РФ от 19 августа 2009 г. № 597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака»	55,7 ± 5,2
Приказ Минздрава России от 15 июня 2015 г. № 343н «Об утверждении Порядка организации и проведения санитарно-просветительной работы по вопросам профилактики управления транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения»	52,9 ± 5,2
Приказ Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 929н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “наркология”»	37,1 ± 5,0

Из данных, представленных в табл. 3.4, следует, что только о наличии двух из семнадцати общегосударственных нормативно-правовых актов, регламентирующих осуществление профилактической работы в медицинских организациях (Конституция Российской Федерации (1993); ФЗ РФ 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»), сообщили все эксперты, заполнявшие Карты, об остальных – существенно меньше ($p \leq 0,05$). Более того, о наличии приказа МЗ РФ № 929н от 15.11.2012 г. и Распоряжения Правительства РФ от 30.12.2009 г. № 2128-р знали менее 40% организаторов здравоохранения. При этом каких-либо различий в зависимости от того, были ли в медицинских организациях, которые представляли руководители здравоохранения, кабинеты (отделения) медицинской профилактики или нет, не выявлено ($p > 0,05$). В то же время по материалам, полученным в Саратовском областном центре медицинской профилактики, например, приказы МЗ РФ от 23.09.2003 г. № 455, от 3.02.2015 г. №36ан, от 6.12.2012 г. № 1101н, от

15.05.2012 г. № 543 имелись во всех медицинских организациях, где функционировали кабинеты (отделения) медицинской профилактики.

Данные относительно наличия в медицинских организациях региональных нормативно-правовых актов показали, что о приказе МЗ Саратовской области от 28.03.2016 г. № 476 «О совершенствовании профилактической работы» были информированы $65,7 \pm 4,9\%$ руководителей здравоохранения, а от 20.12.2013 г. № 1221 «О реализации информационно-коммуникационной стратегии по формированию здорового образа жизни, борьбе с потреблением алкоголя и табака, предупреждению и борьбе с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ на период до 2020 года» – $58,6 \pm 5,1\%$. И здесь различий между данными, представленными из медицинских организаций, осуществляющих деятельность в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях, установлено не было. В то же время эти приказы (в том числе в виде ксерокопий, электронных вариантов), по данным Саратовского областного центра медицинской профилактики, были доведены до всех медицинских организаций, где есть кабинеты (отделения) медицинской профилактики.

Анализировалось и материалы, полученные из Карт, относительно локальных нормативно-правовых актов. Например, о наличии приказов главных врачей (начальников) «О назначении лица из администрации медицинской организации (одного из своих заместителей), ответственного за организацию работы по гигиеническому обучению и воспитанию населения (пациентов)» были осведомлены $50,0\% \pm 5,2$ организаторов здравоохранения, «О назначении медицинского работника на должность инструктора по гигиеническому обучению и воспитанию населения (пациентов)» – $34,3\% \pm 4,9\%$, их должностных обязанностях – $27,1 \pm 4,6$ и $25,7 \pm 4,6\%$ соответственно. Кроме того, о планах санитарно-просветительной работы своих медицинских организаций было известно $84,3 \pm 3,8\%$ руководителей здравоохранения, о наличии перечня установленных в мировом и общегосударственном масштабах дней, которые могут быть использованы для проведения мероприятий по охране и укреплению

здоровья, – $37,1 \pm 5,0\%$. Вместе с тем, по данным, полученным в Саратовском областном центре медицинской профилактики, указанный перечень дат до всех медицинских организаций с кабинетом (отделением) медицинской профилактики ежегодно доводился.

В табл. 3.5 отражены данные, полученные от организаторов здравоохранения, об использовании в медицинских организациях информационно-методических (учебно-методических) материалов для осуществления профилактических мероприятий, ведении учётных и представлении отчётных документов об их проведении.

Таблица 3.5 – Использование в медицинских организациях информационно-методических материалов для осуществления профилактических мероприятий, ведение учётных и представление отчётных документов об их проведении, % ответов

Материалы	%
Информационно-методические (учебно-методические), получаемые:	
из МЗ РФ	$62,9 \pm 5,0$
ГНИЦ профилактической медицины	$37,1 \pm 5,0$
МЗ Саратовской области	$77,1 \pm 4,4$
областного центра медицинской профилактики	$62,9 \pm 5,0$
других источников (конференции, семинары, СМИ и т.п.)	$68,6 \pm 4,8$
Образцы памяток по заболеваниям, угрожающим жизни состояниям и здоровому образу жизни	$75,7 \pm 4,5$
Конспекты по темам «школ здоровья» в структурных подразделениях, где они организованы	$64,3 \pm 5,0$
Учётно-отчётные документы	
Журналы (книги учёта) по ведению санитарно-просветительной работы	$70,0 \pm 4,8$
Форма 38-у «Информация по санитарно-просветительной работе» – для ежемесячного сбора данных о проделанной работе	$67,1 \pm 4,9$
Сводные отчеты по форме 038-у – представляются в областной центр медицинской профилактики два раза в год	$61,4 \pm 5,1$
Сводные отчеты по форме 30 (таблица 4809 по школам здоровья) – представляются в областной центр медицинской профилактики по итогам года	$62,9 \pm 5,0$

Видно, что большинство перечисленных в табл. 3.5 материалов, по данным руководителей здравоохранения, использовались в 60–80% медицинских организаций, и только получаемые из Государственного научно-исследовательского центра (ГНИЦ) профилактической медицины – менее чем в 40%.

О ведении соответствующей учётной документации были осведомлены не более 70% руководителей здравоохранения.

Следует отметить, что, по материалам Саратовского областного центра медицинской профилактики, сводные отчеты по форме 038-у получаются из 90,5% медицинских организаций, а сводные отчеты по форме 30 – из 79,3%. По данным экспертов, не более чем 63% ($p \leq 0,05$).

Организаторы здравоохранения оценили проведение в своих медицинских организациях мероприятий первичной профилактики (рис. 3.7).

Из данных, представленных на рис. 3.7, следует, что ни одно из рассматриваемых мероприятий первичной профилактики не было оценено на оценку «хорошо». Более того, такие мероприятия как снижение влияния вредных факторов труда, быта, климата и прочих на организм пациентов, оздоровление лиц и контингентов населения, находящихся под воздействием неблагоприятных для здоровья факторов, с применением мер медицинского и немедицинского характера, а также по гармоничным семейным и сексуальным отношениям получили неудовлетворительную оценку.

Неудовлетворительно также были оценены отдельные мероприятия вторичной профилактики: целевое санитарно-гигиеническое обучение пациентов и членов их семей знаниям и навыкам, связанным с конкретным заболеванием или группой заболеваний, и управление медико-психологической адаптацией к изменению в состоянии здоровья; формирование правильного восприятия и отношения к изменившимся возможностям и потребностям организма.

Ряд других мероприятий вторичной профилактики получили только удовлетворительную оценку: целевое санитарно-гигиеническое воспитание, в частности индивидуальное и групповое консультирование (обмен опытом, активные формы обучения, формирование мотивации к изменению поведенческих привычек), и проведение медицинских осмотров для анализа динамики состояния здоровья и осуществления соответствующих лечебно-оздоровительных мероприятий – по $3,5 \pm 0,3$ балла; курсы профилактического

лечения и целевого оздоровления, в том числе лечебного питания, лечебной физкультуры, медицинского массажа и другие, – $3,0 \pm 0,2$ балла.

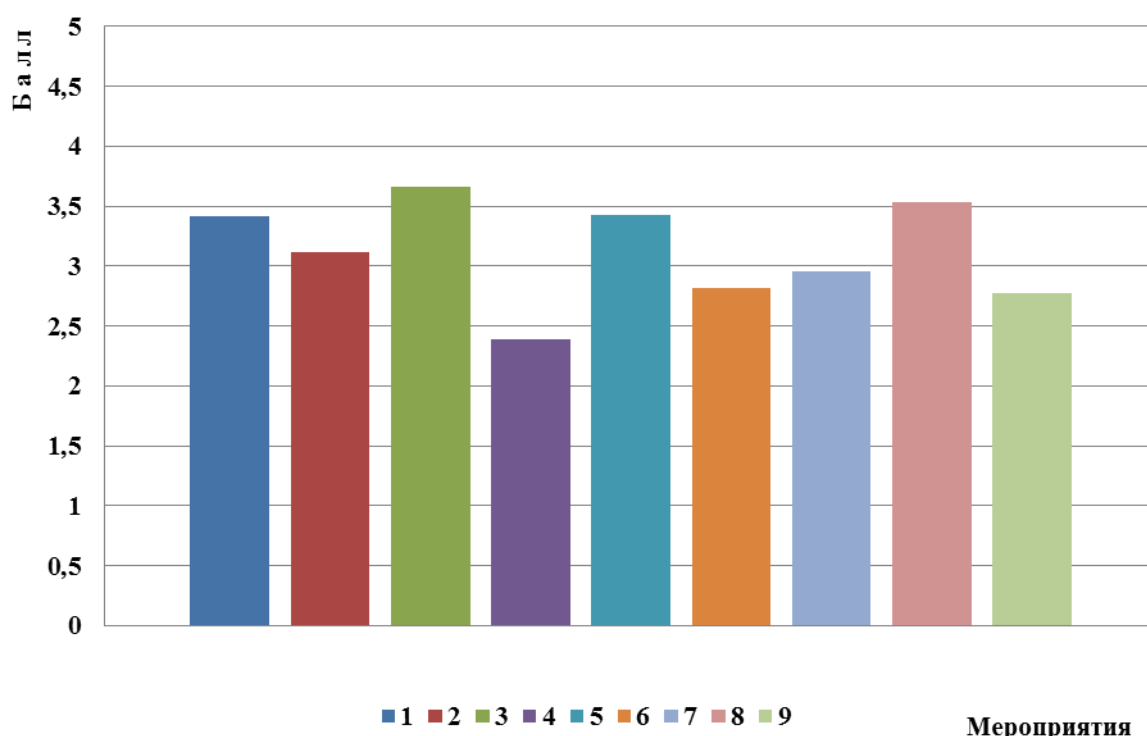


Рисунок 3.7 – Оценка проведения в медицинских организациях мероприятий первичной профилактики (по привычной 5-балльной шкале)

Мероприятия:

1. По рациональному и здоровому питанию
2. Адекватной физической нагрузке
3. Избавлению от вредных привычек (табакокурения, употребления алкоголя, наркотиков)
- 4 Гармоничным семейным и сексуальным отношениям
5. Медицинской активности, в том числе активному самоконтролю за состоянием своего здоровья, своевременному консультированию у специалистов, выполнению медицинских рекомендаций и т.п.
6. Снижению влияния вредных факторов труда, быта, климата и т.п. на организм пациентов
7. Медицинский скрининг с целью снижения влияния вредных факторов риска и их раннего выявления и предупреждения развития при проведении диспансеризации и профилактических осмотров (предварительных, периодических) декретированных и других контингентов
8. Иммунопрофилактике
9. Оздоровлению лиц и контингентов населения, находящихся под воздействием неблагоприятных для здоровья факторов с применением мер медицинского и немедицинского характера

Было оценено и состояние третичной профилактики – в целом на $3,4 \pm 0,2$ балла.

Известно, что в медицинских организациях гигиеническое обучение и воспитание пациентов должно осуществляться тремя способами – устным, печатным и изобразительным (наглядным). По данным руководителей здравоохранения, удельный вес последнего составлял $17,6 \pm 4,0\%$, а в идеальном варианте должен составлять в 1,4 раза больше. Устный способ был значимо более востребован – в $56,4 \pm 5,2\%$ случаев, при желательном в 1,3 раза меньше.

Из устных методов эксперты наиболее высоко оценили осуществление в своих медицинских организациях бесед – $4,1 \pm 0,4$ балла (по 5-балльной шкале) и лекций – $3,6 \pm 0,3$ балла. Проведение семинаров, инструктажей и конференций было оценено на $3,0 \pm 0,4$ балла (каждого). В то же время реализация агитационно-информационных выступлений, вечеров вопросов и ответов, викторин, практических занятий, объяснений (выставок экскурсионных объектов), дискуссий, радиовещания и телевидения (показ видеороликов на мониторах внутрибольничных телевизоров и компьютеров и т.п.) получила оценку «неудовлетворительно».

Результаты характеристики печатных методов показали, что «удовлетворительно» руководители здравоохранения оценили только реализацию лозунгов («Не кури», «Соблюдайте чистоту» и др.) и памяток – по $3,1 \pm 0,1$ балла, а листовок, брошюр, буклетов, бюллетеней, журналов, календарей, статей в периодической печати, книг – «неудовлетворительно». Вместе с тем, по материалам соответствующих разделов отчётов, представляемых в Саратовский областной центр медицинской профилактики, в течение 2017 г. населению области было роздано 1 025 656 листовок, бюллетеней и т.п., то есть осуществлена достаточно масштабная работа.

Неудовлетворительную оценку поставили руководители здравоохранения также использованию таких изобразительных (наглядных) методов, как муляжи (точная копия натуры по форме, размерам, окраске), модели (уменьшенная или увеличенная копия, например, разборная модель уха и т.п.), фантомы (например, для показа механизма родов), диафильмы, слайды, за исключением плакатов –

$3,0 \pm 0,3$ балла.

На рис. 3.8 отражена оценка экспертами деятельности кабинетов (отделений) медицинской профилактики своих медицинских организаций, осуществляющих деятельность в амбулаторно-поликлинических условиях.

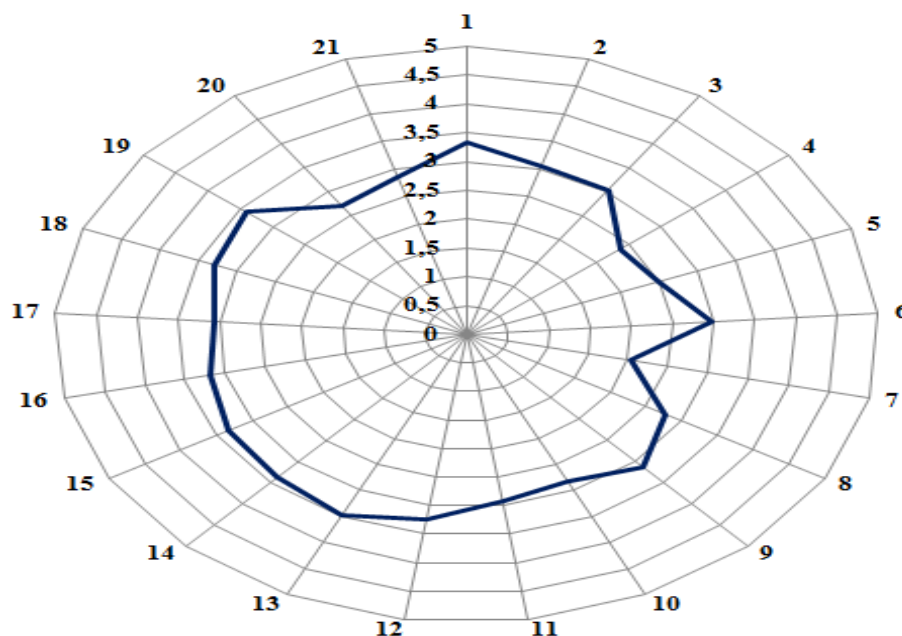


Рисунок 3.8 – Оценка деятельности кабинетов (отделений) медицинской профилактики медицинских организаций (по 5-балльной шкале)

При этом рассматривалось 21 направление их деятельности: подготовка сотрудников медицинской организации по разделу гигиенического обучения и воспитания, формирования здорового образа жизни, а также совершенствования знаний и внедрения новых методов профилактики заболеваний (1); приобретение и распространение инструктивно-методических документов по сохранению и укреплению здоровья, наглядных пособий санитарно-просветительного характера (включая видеофильмы) среди работников медицинской организации, организованного и неорганизованного населения (2); организация, контроль и анализ деятельности медицинской организации по реализации целевых программ гигиенического обучения и воспитания, профилактике заболеваний (3); организация и проведение акций профилактической направленности среди прикрепленного населения с широким привлечением их к этой работе (4);

создание банка санитарно-просветительной литературы, лекций, бесед, статей медицинского профиля из периодической печати для использования в повседневной работе (5); организация лекториев, школ здоровья, семинаров для различных групп населения (пациентов) по охране здоровья (6); рецензирование текстов лекций, бесед, статей и других материалов, подготовленных работниками медицинской организации (7); оказание помощи сотрудникам медицинской организации в составлении раздела индивидуальных планов работы по вопросам санитарно-просветительной деятельности (8); составление сводного годового плана работы медицинской организации по гигиеническому обучению и воспитанию (9); оказание организационно-методической и консультативной помощи сотрудникам медицинской организации при подготовке лекций, бесед, радиопередач, круглых столов, конференций, семинаров, совещаний и др. (10); консультирование и анализ деятельности медицинских работников с пациентами (населением) по разделу гигиенического обучения и воспитания, сохранения и укрепления здоровья, ежеквартальное представление объективной оценки с представлением её главному врачу для последующего использования при проведении врачебных конференций (совещаний) и принятии соответствующих решений (11); приём отчетов о проделанной работе сотрудников медицинской организации, составление сводного статистического отчета, доведение результатов до сведения главного врача, представление в областной центр медицинской профилактики (12); осуществление инструментальных исследований (антропометрия, измерение артериального давления, взвешивание и пр.) в рамках диспансеризации населения (пациентов) в медицинской организации (13); осуществление сбора анамнестических данных для выявления факторов риска, а также тестирования и анкетирования, с последующей выдачей рекомендаций по коррекции здорового образа жизни в рамках диспансеризации населения (пациентов) в медицинской организации (14); осуществление оформления документов при прохождении пациентами (населением) диспансеризации (15); организация проведения углубленного консультирования в

рамках 2 этапа диспансеризации (16); осуществление динамического наблюдения за пациентами со 2–3-й группами здоровья (17); организация учета профилактических осмотров, а также осуществление учета и контроля за проведением профилактических прививок (18); разъяснение целесообразности и актуальности проведения прививок (19); организация лекториев, школ и семинаров для различных групп населения (пациентов) по охране сохранения и укрепления здоровья, обеспечение их проведения как в организационно-методическом плане, так и в плане обеспечения слушателей санитарно-просветительной литературой (20); проведение медико-социальных опросов прикрепленного населения (пациентов) по вопросам профилактики заболеваний, удовлетворенности качеством медицинской помощи (21).

Видно, что большинство направлений деятельности кабинетов (отделений) медицинской профилактики было оценено только на «удовлетворительно». Наряду с этим организация и проведение акций профилактической направленности среди прикрепленного населения с широким привлечением их к этой работе, создание банка санитарно-просветительной литературы, лекций, бесед, статей медицинского профиля из периодической печати для использования в повседневной работе, рецензирование текстов лекций, бесед, статей и других материалов, подготовленных работниками медицинской организации, получили только неудовлетворительную оценку.

По данным областного центра медицинской профилактики, перечисленные недостатки в деятельности кабинетов (отделений) медицинской профилактики в медицинских организациях связаны с низким уровнем компетентности определённого числа представителей этих структурных подразделений медицинских организаций. Именно они, как правило, являются совместителями – целенаправленный процесс повышения уровня их профессиональной подготовленности затруднён.

В целом эксперты оценили уровень осуществления профилактической работы в их медицинских организациях на оценку «удовлетворительно» –

3,5 ± 0,2 балла.

Как эксперты, так и специалисты областного центра медицинской профилактики (результаты устного опроса) считали, что одним из направлений оптимизации профилактической работы может стать открытие кабинетов (отделений) медицинской профилактики не только в амбулаторно-поликлиническом звене, но и стационарах.

Таким образом, результаты проведённого исследования, представленные в данном разделе, показали, что состояние профилактической работы в медицинских организациях Саратовского региона хотя и удовлетворительное, но нуждается в оптимизации. Направления же оптимизации определяются необходимостью повышения уровня ряда исследованных показателей.

Обращает на себя внимание то обстоятельство, что по ряду позиций материалы, полученные из Карт, заполненных экспертами, существенно различаются с данными Саратовского областного центра медицинской профилактики. Причины этого могут быть как в недостаточной осведомлённости организаторов здравоохранения о реальном состоянии дел, что свидетельствует о необходимости перестройки управления рассматриваемым процессом, так и недостаточной объективности материалов, изложенных в учётно-отчётной документации медицинских организаций.

3.4 Реализация в практике руководителей здравоохранения знаний статистики и доказательной медицины

Состояние профессионального обеспечения ответственных исполнителей заинтересованных в охране здоровья населения секторов исследовалось следующим образом. Во-первых, анализировалось состояние профессиональной подготовки участников межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения. Было установлено, что такая целенаправленная профессиональная подготовка не осуществлялась (ликвидация этого пробела представлена в разделе 4.5). Во-вторых, так как эффективность осуществления межсекторального

взаимодействия по охране здоровья населения во многом зависит от объективности используемой информации, а значительная её часть представляется руководителями здравоохранения, по данным опроса экспертов, проведён анализ знаний руководителей здравоохранения по статистике и доказательной медицине и их использования в практической деятельности.

По мнению опытных руководителей здравоохранения, в медицинских организациях, где они работали, классические этапы статистического исследования (анализа) реализовались не более чем в $60,0 \pm 5,1\%$ случаев (из всех, когда это нужно было сделать): планирование и организация – $41,1 \pm 5,1\%$; сбор статистического материала (статистическое наблюдение) – $57,4 \pm 5,1\%$; обработка собранных данных – $59,0 \pm 5,1\%$; выводы и предложения на основе анализа полученных результатов – $54,3 \pm 5,1\%$.

Если планирование статистического анализа осуществлялось, то: в электронном виде и на бумаге – в $78,2 \pm 4,3\%$ случаев; только на бумаге – в $7,6 \pm 2,8\%$; только в электронном виде – $7,6 \pm 2,8\%$; только как умозрительный проект – $6,6 \pm 2,6\%$.

Характеристика включения мероприятий в планы статистического анализа (случаи планирования приняты за 100%) отражена в табл. 3.6.

Таблица 3.6 – Характеристика включения мероприятий в планы статистического анализа, % ответов

Мероприятия	%
Выбор статистической совокупности, о которой будут собираться сведения	$57,6 \pm 5,2$
Определение первичного статистического документа, содержащего перечень подлежащих регистрации учетных признаков	$57,6 \pm 5,2$
Определение способа группировки материала (типологическая или вариационная; первичная или вторичная и т.п.)	$47,8 \pm 5,2$
Составление макетов таблиц с различной группировкой учетных признаков	$64,1 \pm 5,0$
Выбор места исследования	$31,5 \pm 4,8$
Определение времени (сроков) проведения анализа	$59,7 \pm 5,1$
Определение вида (единовременное; текущее) сбора статистического материала, то есть статистического наблюдения	$45,7 \pm 5,2$
Выбор метода (сплошной; несплошной) статистического наблюдения	$45,7 \pm 5,2$
Определение способа статистического наблюдения (непосредственный; выкопировки данных; анамнестический)	$50,0 \pm 5,2$

Мероприятия	%
Назначение руководителя и исполнителей статистического анализа (исследования)	$44,6 \pm 5,2$
Обоснование материально-технического обеспечения	$21,7 \pm 4,3$
Оценка стоимости	$18,5 \pm 4,0$

Видно, что даже в тех случаях, когда статистический анализ планировался, перечень мероприятий далеко не всегда соответствовал требуемому, что, безусловно, не способствовало их качественному осуществлению.

Выявлены методы статистического анализа, которые реализовались в практической деятельности. Их перечень оказался весьма ограниченным. Так, об использовании параметрического метода определения достоверности различий – t -критерия Стьюдента сообщили $19,4 \pm 4,1\%$ опрошенных; метода регрессии – $12,9 \pm 3,5$; непараметрических методов определения достоверности различий (критерий знаков, максимум критерий, критерий Манна – Уитни, критерий χ^2) – $6,5 \pm 2,6$.

Руководители здравоохранения указали формы представления результатов анализа деятельности их медицинских организаций, в том числе в отчётах. Как правило, реализовались текстовая и табличная формы. Обращает на себя внимание тот факт, что самая наглядная форма – графическая использовалась недостаточно – только в $38,3 \pm 5,0\%$ случаев. При этом картограммы и картодиаграммы представлялись крайне редко – $2,1 \pm 1,5$ и $0,8 \pm 0,9\%$ случаев соответственно. Что же касается диаграмм, то линейные – в $34,3 \pm 4,9\%$ случаев, столбиковые – $28,4 \pm 4,7$, секторные – $20,3 \pm 4,2$, внутри столбиковые – $5,5 \pm 2,3$, объёмные – $4,1 \pm 2,0$, радиальные – $2,9 \pm 1,7$, фигурные – $1,7 \pm 1,3$.

Статистика является основой доказательной медицины (сознательное, четкое и беспристрастное использование лучших из имеющихся доказанных сведений для принятия решений как в клинической практике, так и в системе организации здравоохранения и управления им), без реализации положений которой в настоящее время невозможно представить осуществление охраны здоровья населения. Мнение экспертов об использовании при принятии

управленческих решений положений («шагов») доказательной медицины представлено в табл. 3.7. В каждой строке указан процент случаев от всех принятых решений.

Таблица 3.7 – Действия руководителей здравоохранения при принятии управленческих решений на основе положений доказательной медицины

Действия («шаги»)	%
Выяснить, изучалась ли данная проблема или задача в научных исследованиях (формулировка вопроса, поиск)	$27,2 \pm 4,6$
Проанализировать методику проведённых исследований, выявить потенциальные ошибки и ограничения, оценить достоверность результатов	$24,5 \pm 4,4$
Обобщить и систематизировать полученные сведения	$54,1 \pm 5,2$
Определить, применимы ли имеющиеся данные к конкретной практике	$32,0 \pm 4,8$
Обосновать потенциальные альтернативные варианты действий; определить возможные положительные и отрицательные последствия каждого из вариантов и выбрать наиболее целесообразный	$22,7 \pm 4,3$

Из данных, представленных в табл. 3.7, следует, что при принятии решений не в полной мере реализовались «шаги» доказательной медицины. В большей мере (более половины принятых решений) обобщались и систематизировались полученные сведения.

Использование принципов и положений доказательной медицины во многом зависит от возможности получения необходимой информации, в том числе из иностранных источников. В то же время подавляющее большинство опрошенных не владело иностранными языками. Так, уровень знаний английского языка был ими оценен только на $1,50 \pm 0,02$ балла по привычной 5-балльной шкале (других иностранных языков, в частности немецкого, французского, китайского, польского, ещё ниже). Это существенно препятствовало получению необходимой для анализа и принятия эффективных решений информации.

В табл. 3.8 представлены источники информации, используемые в практической деятельности руководителей здравоохранения.

Видно, что в качестве источников информации среди руководителей здравоохранения наиболее популярны руководящие документы, поисковики в Интернете, материалы, полученные при прохождении усовершенствований,

учебные и методические пособия, статьи в медицинских журналах и научно-практических сборниках. Следует отметить, что $93,5 \pm 2,6\%$ руководителей здравоохранения указали, что посещают медицинскую библиотеку.

Таблица 3.8 – Источники информации, используемые в практической деятельности руководителей здравоохранения, % ответов

Источники информации	Ответ, %
Руководящие документы (законы, приказы, инструкции и т.п.)	100,0
Учебники	$31,5 \pm 4,8$
Учебные и методические пособия	$66,3 \pm 4,9$
Статьи в медицинских журналах и научно-практических сборниках (например, конференций)	$66,3 \pm 4,9$
Монографии	$26,1 \pm 4,6$
Поисковые системы в интернете (Yandex, Google)	$92,4 \pm 2,8$
Электронные базы данных (Medline, Кокрановская библиотека)	$9,8 \pm 3,1$
Электронная научная библиотека (e-Library)	$6,5 \pm 2,6$
Материалы лекций и практических занятий, записанные в образовательном учреждении высшего образования	$30,4 \pm 4,8$
Материалы, полученные при прохождении «первичной специализации»	$47,8 \pm 5,2$
Материалы, полученные при прохождении усовершенствований	$69,6 \pm 4,8$

Полностью («безоговорочно») доверяют авторам перечисленных источников информации $15,2 \pm 3,7\%$ респондентов; соотносят со своим опытом $44,6 \pm 5,1\%$; анализируют методику проведённых исследований, пытаются выявить потенциальные ошибки и ограничения, оценить достоверность результатов $15,2 \pm 3,7\%$; соотносят со своим опытом и анализируют методику проведённых исследований, пытаются выявить потенциальные ошибки и ограничения, оценить достоверность результатов $25,0 \pm 4,5\%$.

По мнению большинства опрошенных экспертов, методы статистики и доказательной медицины недостаточно реализуются в практике управления здравоохранением. Установлен ряд причин такого положения. Две из них – основные (более половины ответов): материалы, которые в ходе повседневной деятельности необходимо подвергать анализу, часто не объективны, а значит, их статистическая обработка для практики ничего не даст ($56,3 \pm 5,2\%$); низкая мотивация на использование статистических методов и положений доказательной медицины ($54,2 \pm 5,2\%$). Почти 40% ($37,5 \pm 5,0\%$) респондентов считали, что

медики плохо знают математику, а следовательно, статистику, ещё $8,3 \pm 2,9\%$ связали это с низким уровнем преподавания в образовательных организациях высшего медицинского образования. По мнению $18,8 \pm 4,1\%$, статистический анализ может выявить нежелательные для спокойной работы результаты.

Респонденты оценили уровень своих знаний по медицинской статистике. Так, по окончании образовательных организаций высшего медицинского образования он был только $2,40 \pm 0,04$ балла по 5-балльной шкале, а перед повышением квалификации – $2,60 \pm 0,03$. Важно отметить, что в ходе прохождения цикла усовершенствования наблюдалась статистически достоверная положительная динамика уровня данного показателя – до $3,79 \pm 0,05$ балла ($p < 0,001$). При этом $39,1 \pm 5,1\%$ опрошенных отметили, что в процессе повышения квалификации существенно улучшилось представление о значимости медицинской статистики для практической деятельности, $30,4 \pm 4,8\%$ поняли, что, возможно, недооценивали её. Вместе с тем $28,3 \pm 4,7\%$ респондентов и раньше считали, что медицинская статистика нужна. Только $2,2 \pm 1,5\%$ по-прежнему негативно относились к этой науке и учебной дисциплине.

Аналогичная динамика имела место в отношении знаний положений доказательной медицины – до изучения на цикле повышения квалификации $2,32 \pm 0,03$ балла, после $4,13 \pm 0,06$ ($p < 0,001$).

Полученные данные подтверждаются тем, что руководители здравоохранения достаточно высоко оценили значимость для своей практической деятельности модуля «Медицинская статистика» (в его рамки, хотя это и достаточно искусственно, включена и доказательная медицина) цикла повышения квалификации – $4,4 \pm 0,05$ балла. Так же были оценены ещё только модули «Правовые основы здравоохранения на современном этапе», «Управление качеством медицинской помощи» и «Организационно-методическая работа в медицинских организациях» ($p > 0,05$). Оценка остальных модулей статистически достоверно ниже – от 3,3 до 4,1 балла ($p \leq 0,01$).

Подавляющее большинство экспертов считали, что ничего не нужно менять

в преподавании медицинской статистики и доказательной медицины на цикле повышения квалификации. Только $5,2 \pm 2,3\%$ отметили, что целесообразно ещё большее внимание уделять отработке практических вопросов применения соответствующих знаний.

Таким образом, установлено, что руководители здравоохранения не в полной мере реализуют возможности как медицинской статистики, так и имеющей к ней прямое отношение доказательной медицины. Определён комплекс причин такого положения.

Зафиксированы низкие уровни соответствующих знаний организаторов здравоохранения по медицинской статистике и доказательной медицине. Показано, что в ходе повышения квалификации по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» эти уровни и мотивацию обучаемых можно существенно повысить.

3.5 Исследование деятельности межведомственных координационных советов и государственных программ Саратовской области, имеющих отношение к охране здоровья населения

Установлено, что в Саратовской области функционируют два межведомственных координационных совета, имеющие прямое отношение к охране здоровья населения:

- по формированию здорового образа жизни (постановление губернатора Саратовской области от 17 сентября 2009 г. № 98 «О создании межведомственного координационного совета по формированию здорового образа жизни» с изменениями на 30 января 2018 года № 45);
- демографической политике (постановление правительства Саратовской области от 28 октября 2013 г. № 578-П «О создании межведомственного координационного совета при Правительстве Саратовской области по демографической политике», с изменениями на 16 января 2018 г. № 19-П).

В межведомственный координационный совет по формированию здорового

образа жизни включены 20 чел. Они представляют 13 секторов – «здравоохранение», «молодежная политика, физическая подготовка, спорт и туризм», «информация и печать», «промышленность и энергетика», «культура», «Роспотребнадзор», «социальное развитие», «сельское хозяйство», «общественные организации», «образование», «занятость, труд и миграция», «строительство и жилищно-коммунальное хозяйство» и «экономическое развитие».

В состав межведомственного координационного совета по демографической политике включены 26 человек, которые представляют также 13 секторов – «социальное развитие», «здравоохранение», «культура», «Обеспечение безопасности жизнедеятельности населения», «информация и печать», «охрана окружающей среды и природопользование», «экономическое развитие», «занятость, труд, миграция», «молодежная политика, физическая подготовка, спорт и туризм», «образование», «органы внутренних дел и прокуратура», «общественные организации», «строительство и жилищно-коммунальное хозяйство». При этом в секторе «здравоохранение» – 10 человек (в остальных, как правило по 1), что, по-видимому, не совсем оправдано, тем более что в их числе – министр здравоохранения, который может, при необходимости, привлекать к выполнению соответствующих мероприятий любое количество своих подчинённых.

Как правило, и другие секторы обоих советов представляют должностные лица на уровне министра или заместителя министра правительства области. Данные координационные советы различаются только по 3 из 13 секторов. Более того, их возглавляет один и тот же председатель – заместитель председателя правительства Саратовской области, который курирует социальную сферу.

Можно отметить, что во многом совпадает не только состав советов, но и заявленные функции. Например, межведомственный координационный совет по формированию здорового образа жизни является консультативно-совещательным органом по разработке и обсуждению мероприятий по повышению санитарно-

гигиенической культуры населения, формированию здорового образа жизни, снижению факторов риска, улучшению демографических показателей и укреплению здоровья жителей области.

Проведён анализ результатов деятельности межведомственного координационного совета по формированию здорового образа жизни Саратовской области с момента его образования до 2018 г., в частности исследование материалов отчетов о выполнении соответствующих планов (табл. 3.9).

Таблица 3.9 – Направления и мероприятия деятельности межведомственного координационного совета по формированию здорового образа жизни Саратовской области

Направления	Мероприятия
1. Сокращение потребления табака и алкоголя	1.1. Организация и проведение токсикологических оценок. Ретроспективный анализ ситуации по отравлениям алкоголем и суррогатами алкоголя с выделением неблагополучных территорий. 1.2. Выявление и консультирование в учреждениях здравоохранения лиц, зависимых от табака. 1.3. Организация лечения лиц с табачной зависимостью в наркологических кабинетах и специализированных центрах. 1.4. Организация мероприятий по лечению больных алкоголизмом. 1.5. Организация для учащихся 8-11 классов, студентов высших и средних специальных учебных заведений круглых столов по вопросам профилактики курения и алкоголизма.
2. Пропаганда и формирование культуры здорового питания	2.1. Обеспечение населения области продуктами массового потребления, обогащенными микронутриентами. 2.2. Проведение для населения выставок-продаж продуктов лечебно-профилактического назначения, выпускаемых предприятиями области. 2.3. Выявление и консультирование лиц с избыточным весом. 2.4. Организация работы тематических школ по рациональному питанию.
3. Формирование у учащихся навыков здорового образа жизни	3.1. Включение вопросов формирования здорового образа жизни в учебные программы учреждений образования. 3.2. Внедрение в практику учреждений образования программы внеклассной физкультурно-оздоровительной работы. 3.3. Организация обучения персонала детских дошкольных учреждений навыкам физического воспитания детей, как одного из элементов формирования здорового образа жизни. 3.4. Проведение конкурса на лучшую организацию работы по воспитанию здорового образа жизни среди учащихся образовательных школ, лицеев. 3.5. Организация временного трудоустройства несовершеннолетних граждан в свободное от учебы время (подростки, состоящие на учете в комиссиях по делам несовершеннолетних, проживающие в неблагополучных, многодетных, неполных, малообеспеченных семьях).

Направления	Мероприятия
	3.6. Организация и проведение мероприятий по пропаганде здорового образа жизни в летних оздоровительных учреждениях области.
4. Развитие физической культуры и спорта	4.1. Проведение массовых физкультурно-оздоровительных соревнований среди детей и молодежи. 4.2. Организация пунктов проката спортивного инвентаря для занятий физкультурой и спортом. 4.3. Проведение отраслевых и межотраслевых спартакиад. 4.4. Проведение спортивно-массовых, оздоровительных и культурно-массовых мероприятий с участием известных деятелей политики, спорта, искусства.
5. Поддержка предложений работодателей, направленных на формирование здорового образа жизни. Обеспечение безопасных условий и охраны труда на рабочих местах	5.1. Содействие в организации выпуска организациями Саратовской области товаров народного потребления с символикой здорового образа жизни, в том числе по заявкам торгующих организаций. 5.2. Трудоустройство безработных граждан, граждан, ищущих работу, в том числе на общественные работы, связанные с благоустройством и озеленением территорий. 5.3. Проведение работы по социальной адаптации, содействие в трудоустройстве лиц, освобожденных из учреждений исполнения наказаний. 5.4. Информирование населения области по охране труда, о предупреждении профессиональных рисков у работников массовых профессий, пропаганды безопасного труда. 5.5. Организация проведения обучения по охране труда работников, в том числе руководителей организаций, а также работодателей – индивидуальных предпринимателей, проверки знания ими требований охраны труда, а также проведение обучения оказанию первой помощи пострадавшим на производстве, инструктажа по охране труда, стажировки на рабочем месте.
6. Укрепление института семьи, возрождение и сохранение духовно-нравственных традиций семейных отношений	6.1. Проведение мероприятий по формированию культурных, нравственных ценностей, соблюдению обычаев, традиций, моральных и духовных принципов в семье. 6.2. Организация социального сопровождения семьи, с целью информирования и консультирования семьи по вопросам здорового образа жизни. 6.3. Развитие семейного туризма. 6.4. Проведение мероприятий, направленных на продление активного долголетия пожилых граждан и инвалидов.
7. Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия	7.1. Проведение месячников по благоустройству, озеленению, санитарной очистки населенных пунктов. 7.2. Проведение областного конкурса на лучший населенный пункт. 7.3. Проведение семинара-совещания «О выполнении требований санитарного законодательства при подготовке и проведении летней оздоровительной кампании».
8. Проведение профилактических мероприятий с целью раннего выявления нарушений в	8.1. Выявление в учреждениях здравоохранения лиц с поведенческими факторами риска развития заболеваний, проведение их коррекции. 8.2. Проведение скрининговых акций по раннему выявлению социально значимых заболеваний. 8.3. Проведение диспансеризации определённых групп взрослого населения.

Направления	Мероприятия
состоянии здоровья	8.4. Проведение диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.
9. Создание информационно-пропагандистской системы по вопросам здорового образа жизни	9.1. Проведение областной научно-практической конференции по проблемам формирования здорового образа жизни. 9.2. Организация реализации информационных проектов электронных и печатных средств массовой информации, направленных на пропаганду здорового образа жизни (в том числе освещение положительного опыта отдельных семей, трудовых коллективов, жителей области, мероприятий по проведению тематических дней здоровья, размещение комментариев специалистов по вопросам сохранения и укрепления здоровья, создание и размещение в эфире роликов социальной рекламы). 9.3. Подготовка и издание памяток, листовок, буклетов по проблемам здорового образа жизни, профилактики алкоголизма, курения, ВИЧ-инфекции и т.п. 9.4. Подготовка информационного бюллетеня «Оценка влияния факторов среды обитания на здоровье населения». 9.5. Организация в центрах медицинской профилактики работы школ здорового образа жизни с изучением основ рационального питания, оптимального двигательного режима, профилактики зависимостей (алкоголь, курение, наркотики), профилактики стрессов. 9.6. Развитие межрегионального и международного сотрудничества в сфере формирования приверженности к здоровому образу жизни, в том числе путём разработки и включения соответствующих положений в соглашения о межрегиональном и международном сотрудничестве. 9.7. Обеспечение взаимодействия с общественными, международными и религиозными организациями по вопросам формирования здорового образа жизни. 9.8. Проведение социологических исследований среди различных групп населения по вопросам здорового образа жизни.

Установлено, что, как правило, ежегодно было заявлено девять направлений деятельности, в рамках которых проводились 43 мероприятия.

Ответственные исполнители этого межведомственного координационного совета определялись только из числа его членов. Структура их участия в деятельности совета представлена на рис. 3.9.

Из данных, представленных на рис. 3.9, видно, что ежегодно значимо больший удельный вес в деятельности межведомственного координационного совета по формированию здорового образа жизни в Саратовской области принадлежал сектору «здравоохранение» ($26,2 \pm 5,6\%$), а также секторам «образование» ($13,1 \pm 4,3\%$), «молодежная политика, физическая подготовка, спорт и туризм» ($11,54,1\%$), «социальное развитие» ($9,8 \pm 3,8\%$).

Обращает на себя внимание, что в рассматриваемой деятельности не участвовали секторы, представители которых не являлись членами совета.

Целесообразность формирования состава подобных советов (объединённого совета) именно из перечисленных секторов нуждается в специальном рассмотрении и исследовании.



Рисунок 3.9 – Структура участия заинтересованных секторов в выполнении плана мероприятий межведомственного координационного совета по формированию здорового образа жизни Саратовской области, %

В Саратовской области такому анализу может быть подвергнуто достаточно большой спектр секторов. Действительно, к ним с большой вероятностью относятся губернатор (и его аппарат), секторы, возглавляемые министрами правительства области, которых 16 (здравоохранение; социального развития; информации и печати; культуры; образование; строительства и жилищно-коммунального хозяйства; промышленности и энергетики; сельского хозяйства; молодежной политики и спорта; финансов; экономического развития; природных ресурсов и экологии; занятости, труда и миграции; по делам территориальных образований; транспорта и дорожного хозяйства; внутренней политики и

общественных отношений), руководителями комитетов (государственного регулирования тарифов области; контрольно-аналитический; охотничьего хозяйства и рыболовства; по обеспечению деятельности мировых судей области; по туризму области; по управлению имуществом), управлений (по делам записи актов гражданского состояния; специальных программ правительства области; ветеринария; обеспечение безопасности жизнедеятельности населения; по взаимодействию с правоохранительными органами и противодействию коррупции; по охране объектов культурного наследия; Главного управления Министерства внутренних дел Российской Федерации по Саратовской области, Главного управления Министерства по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий по Саратовской области), государственных жилищной инспекции и инспекции по надзору за техническим состоянием самоходных машин и других видов техники, комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав, Территориального управления Роспотребнадзора по Саратовской области, военного комиссариата и др. В области функционирует ряд общественных организаций, также имеющих отношение к охране здоровья населения.

Кроме того, несмотря на то, что совет является межведомственным, взаимодействие между секторами планировалось и осуществлялось недостаточно. Так, только к реализации п. 3.6 и 9.1 привлекались по четыре сектора («молодёжная политика, физическая подготовка, спорт и туризм», «образование», «здравоохранение», «культура»), п. 9.7 и 9.8 – по три: «молодёжная политика, физическая подготовка, спорт и туризм», «образование», «здравоохранение» и «социальное развитие», «здравоохранение», «общественные организации» соответственно. Представители двух секторов участвовали в выполнении мероприятий по п. 2.1, 2.2 («сельское хозяйство», «экономическое развитие»), 4.1 («молодёжная политика, физическая подготовка, спорт и туризм», «образование»), 6.1, 6.2 («социальное развитие», «общественные организации»), 6.3 («социальное развитие», «молодёжная политика, физическая подготовка,

спорт и туризм») 9.2 («информация и печать», «здравоохранение»), 9.3 («социальное развитие», «здравоохранение»), 9.6 («экономическое развитие», «здравоохранение»). Иначе говоря, только по 13 мероприятиям из 43 (30,2%) осуществлялось межсекторальное взаимодействие.

Приведенные направления деятельности и мероприятия из года в год, как правило, повторялись. Ряд из них был направлен не столько на улучшение характеристик образа жизни, сколько на другие составляющие охраны здоровья населения, с одной стороны. С другой стороны, такие направления, как профилактика употребления наркотиков, оптимизация сексуальных отношений, медицинской активности, которые имеют прямое отношение к образу жизни, были представлены недостаточно.

Многолетние материалы отчетов о выполнении планов деятельности межведомственного координационного совета по формированию здорового образа жизни Саратовской области свидетельствуют, что анализ состояния дел проводился недостаточно, в частности, как правило, констатировалась только информация, полученная от сектора «Роспотребнадзор», имеющая отношение к отравлениям алкоголем и его суррогатами с выделением неблагополучных территорий. Информативные критерии состояния дел и, тем более, соответствующий интегральный научно обоснованный способ оценки не использовались. Поэтому ежегодно повторяемые однотипные мероприятия часто не носили целенаправленного характера.

Можно также отметить тот факт, что результаты деятельности рассматриваемых советов не в полной мере доводились до населения, в том числе по сети интернет.

Реестр государственных программ, реализуемых в Саратовской области, представлен в табл. 3.10.

Проведённый анализ показал, что для каждой из перечисленных в табл. 3.10 программ определён только один ответственный исполнитель и, кроме того, задействовано минимальное число участников. Как правило, эти участники

представляют тот же сектор, что и ответственный исполнитель, за редким исключением, например, программа «Охрана окружающей среды, воспроизводство и рациональное использование природных ресурсов Саратовской области на период до 2020 года» (табл. 3.10.). Здесь в качестве участников задействованы министерство строительства и жилищно-коммунального хозяйства области, органы местного самоуправления, руководители предприятий, Саратовский центр по гидрометеорологии и мониторингу окружающей среды. Или участниками программы «Развитие физической культуры, спорта, туризма и молодежной политики на 2014–2020 годы» (в табл. № 7) являются министерство социального развития, комитет капитального строительства, органы местного самоуправления, ООО «Южный», организации области (по согласованию).

Таблица 3.10 – Государственные программы Саратовской области

№ п/п	Наименование программы	Документ, утверждающий госпрограмму	Ответственный исполнитель госпрограммы
1.	«Развитие здравоохранения Саратовской области до 2020 года»	Постановление правительства области от 11 октября 2013 г. № 545-П	Министерство здравоохранения области
2.	«Развитие образования в Саратовской области до 2020 года»	Постановление правительства области от 20 ноября 2013 г. № 643-П	Министерство образования области
3.	«Социальная поддержка и социальное обслуживание граждан до 2020 года»	Постановление правительства области от 20 ноября 2013 г. №644-П	Министерство социального развития области
4.	«Обеспечение населения доступным жильем и развитие жилищно-коммунальной инфраструктуры до 2020 года»	Постановление правительства области от 20 ноября 2013 г. №645-П	Министерство строительства и жилищно-коммунального хозяйства области
5.	«Содействие занятости населения, совершенствование социально-трудовых отношений и регулирование трудовой миграции в Саратовской области до 2020 года»	Постановление правительства области от 3 октября 2013 г. №525-П	Министерство занятости, труда и миграции области
6.	«Культура Саратовской области до 2020 года»	Постановление правительства области от 20 ноября 2013 г. № 642-П	Министерство Культуры области

№ п/п	Наименование программы	Документ, утверждающий госпрограмму	Ответственный исполнитель госпрограммы
7.	«Развитие физической культуры, спорта, туризма и молодежной политики на 2014–2020 годы»	Постановление правительства области от 3 октября 2013 г. № 526-П	Министерство молодежной политики, спорта и туризма области
8.	«Развитие экономического потенциала и повышение инвестиционной привлекательности региона до 2020 года»	Постановление правительства области от 11 октября 2013 г. № 546-П	Министерство экономического развития и инвестиционной политики области
9.	«Информационное общество на 2014–2017 годы»	Постановление правительства области от 20 ноября 2013 г. № 640-П	Комитет по информатизации области
10.	«Развитие транспортной системы до 2020 года»	Постановление правительства области от 20 ноября 2013 г. № 641-П	Министерство транспорта и дорожного хозяйства области
11.	«Развитие сельского хозяйства и регулирование рынков сельскохозяйственной продукции, сырья и продовольствия в Саратовской области на 2014–2020 годы»	Постановление правительства области от 2 октября 2013 г. № 520-П	Министерство сельского хозяйства области
12.	«Охрана окружающей среды, воспроизводство и рациональное использование природных ресурсов Саратовской области на период до 2020 года»	Постановление правительства области от 20 ноября 2013 г. № 636-П	Министерство природных ресурсов и экологии области
13.	«Повышение энергоэффективности и энергосбережения в Саратовской области до 2020 года»	Постановление правительства области от 20 ноября 2013 г. № 638-П	Министерство строительства и жилищно-коммунального хозяйства области
14.	«Защита населения и территорий от чрезвычайных ситуаций, обеспечение пожарной безопасности до 2020 года»	Постановление правительства области от 20 ноября 2013 г. № 639-П	Управление обеспечения безопасности жизнедеятельности населения Правительства области
15.	«Профилактика правонарушений, терроризма, экстремизма и противодействие незаконному обороту наркотических средств до 2020 года»	Постановление правительства области от 20 ноября 2013 г. № 646-П	Управление по взаимодействию с правоохранительными органами и противодействию коррупции правительства области

№ п/п	Наименование программы	Документ, утверждающий госпрограмму	Ответственный исполнитель госпрограммы
16.	«Развитие государственного и муниципального управления до 2020 года»	Постановление правительства области от 20 ноября 2013 г. № 647-П	Министерство по делам территориальных образований области
17.	«Развитие промышленности в Саратовской области на 2016–2018 годы»	Постановление правительства области от 17 августа 2015 г. № 412-П	Министерство промышленности и энергетики области

Важно отметить, что практически ни в одной государственной программе, за исключением № 1 «Развитие здравоохранения Саратовской области до 2020 года», нет связи планируемых мероприятий с состоянием здоровья населения.

Ни в одной программе отработка вопросов межсекторального взаимодействия также не предусмотрена, в том числе относительно охраны здоровья населения.

Таким образом, результаты исследования функционирования межведомственных координационных советов Саратовской области, имеющих отношение к охране здоровья населения, а также выполнения государственных программ Саратовской области, представленные в данном разделе, свидетельствуют о том, что, при общей позитивной оценке следует отметить следующее:

- в деятельности межведомственных советов, как правило, принимали участие только представители включённых в них секторов, государственных программах Саратовской области – ответственные исполнители и узкий спектр участников;

- взаимодействие между заинтересованными секторами, анализ состояния дел – недостаточные, научно обоснованный способ оценки не использовался, что не способствовало проведению целенаправленных корректирующих мероприятий;

- во многом совпадают как состав межведомственных советов, в том числе – один председатель, так и заявленные задачи, которые охватывают и другие направления работы по охране здоровья населения;

– государственные программы недостаточно целенаправлены в отношении охраны здоровья населения.

* * *

Результаты исследования, представленные в главе 3, в частности анализ состояния здоровья, образа жизни населения Саратовской области, профилактической работы в медицинских организациях, реализации в практике руководителей здравоохранения знаний по статистике и доказательной медицине, деятельности межведомственных координационных советов и осуществления государственных программ, свидетельствуют о том, что охрана здоровья населения региона и сложившийся уровень взаимодействия между заинтересованными секторами государства и общества нуждаются в оптимизации.

Анализ источников литературы показал, что такая оптимизация возможна на базе качественной реализации межсекторального взаимодействия в области охраны здоровья населения, научный аппарат которого требует целенаправленного исследования. Этому посвящены следующие главы настоящей работы.

ГЛАВА 4 ОБОСНОВАНИЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ МЕЖСЕКТОРАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

4.1 Сравнительный анализ подходов к охране здоровья населения путём реализации систем межсекторального взаимодействия и традиционной

Для сравнения подхода к охране здоровья населения путём реализации системы межсекторального взаимодействия и «традиционной», когда за решение вопросов рассматриваемой проблемы в основном отвечают медицинские работники, были определены соответствующие показатели. Условно они были объединены в две группы. Первую составили действия по организации охраны здоровья населения (их 13), вторую – направления его практического осуществления (24).

При этом сравнительный анализ традиционной системы охраны здоровья населения и межсекторального взаимодействия осуществлялся экспертами в два этапа: на первом исследовались организационные характеристики, на втором – направления практического осуществления.

К организационным характеристикам охраны здоровья были отнесены:

1. Определение ответственности за действия и справедливость в отношении охраны здоровья населения.
2. Получение фактических данных о состоянии здоровья населения, детерминантах здоровья и способах их коррекции.
3. Осуществление кадровой политики в отношении охраны здоровья населения.

4. Формирование у руководителей заинтересованных структур и ответственных исполнителей позитивной мотивации на организацию охраны здоровья населения.

5. Определение целей и задач по охране здоровья населения и доведение их, а также реальных условий, в которых они будут достигаться и решаться, до исполнителей.

6. Организация подготовки исполнителей к осуществлению конкретных мероприятий, в том числе в отношении воздействия на детерминанты здоровья.

7. Принятие решений на организацию охраны здоровья населения, их оформление в виде специальной организационно-распорядительной документации, в том числе планов, программ, их доведение до исполнителей.

8. Организация проведения мероприятий по охране здоровья населения.

9. Учёт выполнения мероприятий, в том числе в специальных документах.

10. Представление донесений (отчётность) о выполнении мероприятий по охране здоровья населения.

11. Оценка успешности охраны здоровья населения.

12. Определение направлений оптимизации работы по охране здоровья населения.

13. Организация проведения научных исследований в области охраны здоровья населения.

Результаты сравнительного анализа экспертами двух систем охраны здоровья населения представлены на рис. 4.1.

По всем 13 параметрам организации охраны здоровья населения, по мнению экспертов, статистически достоверно ($p \leq 0,05$) приоритет принадлежит системе межсекторального взаимодействия, уровень всех оценок которого – «хороший» (у традиционной системы – только «удовлетворительный» уровень, за исключением № 9 – учёта выполнения мероприятий, в том числе в специальных документах – $4,0 \pm 0,1$, но против $4,7 \pm 0,1$ соответственно).

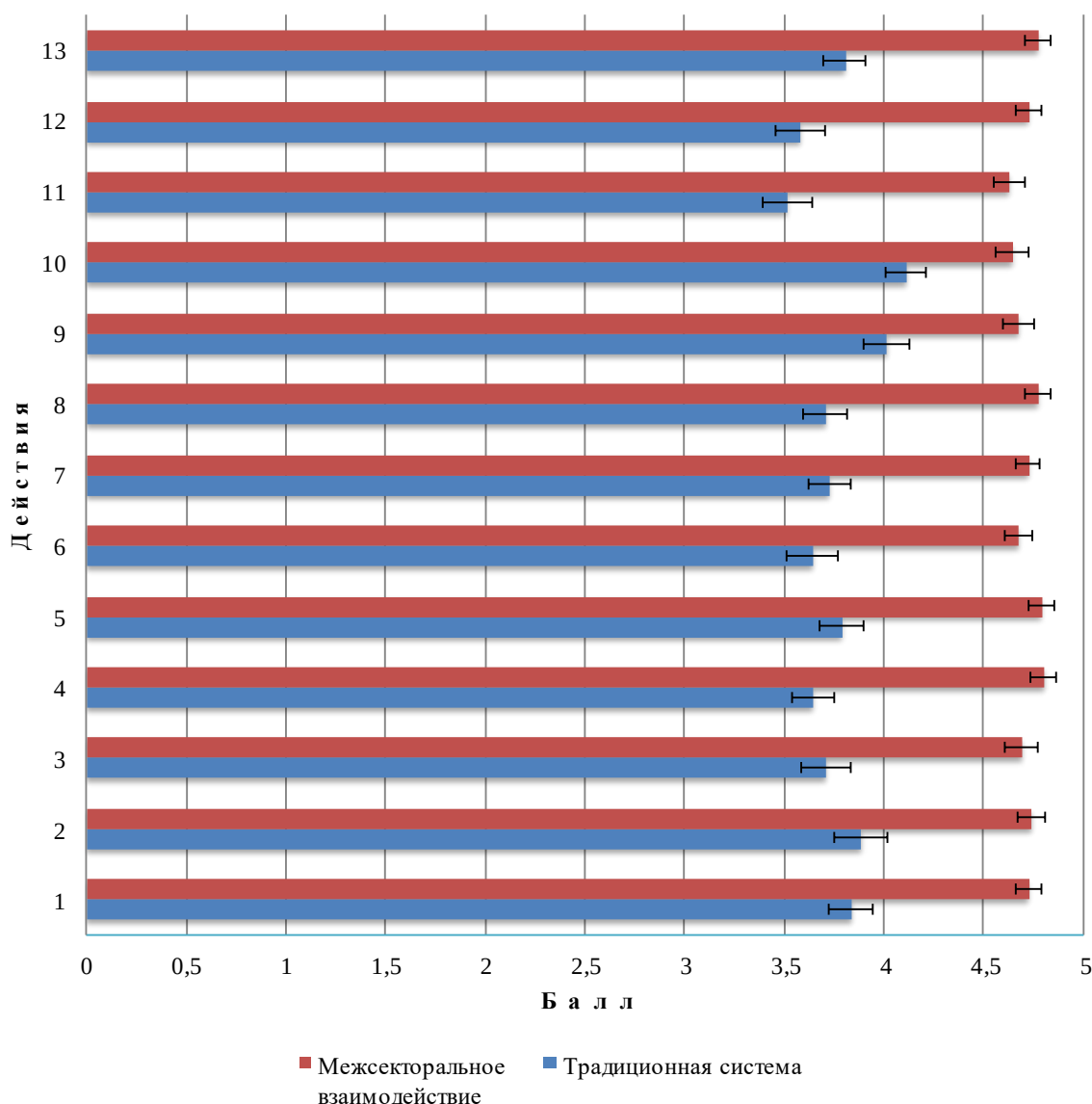


Рисунок 4.1 – Сравнительный анализ организационных характеристик охраны здоровья населения (оценка по 5-балльной шкале)

На втором этапе исследования сравнительный анализ проводился по 24 направлениям практического осуществления охраны здоровья населения: укрепление репродуктивного здоровья населения и повышение роста рождаемости (№ 1); обеспечение раннего развития детей и подростков (№ 2); улучшение повседневных условий жизни населения (№ 3); обеспечение справедливости в отношении здоровья между жителями сельской и городской местности (№ 4); обеспечение справедливых условий найма и достойной работы, социальных гарантий и охраны труда (№ 5); обеспечение социальной защиты в

течение всей жизни (№ 6); обеспечение здорового рациона питания населения (№ 7); обеспечение физической активности населения (№ 8); обеспечение дорожно-транспортной безопасности (№ 9); борьба с социально обусловленными (значимыми) заболеваниями (туберкулёзом, ВИЧ-инфекцией, ЗППП и др.) (№ 14); иммунизация населения (№ 15); поддержание благоприятной санитарно-эпидемиологической обстановки (№ 16); пропаганда здорового образа жизни (№ 17); обеспечение всеобщего доступа к медицинской помощи (№ 18); финансирование мер по воздействию на социальные детерминанты здоровья и обеспечение справедливости в отношении здоровья для всех (№ 19); функционирование частного сектора (рынка) и охрана здоровья населения (№ 10); обеспечение гендерной справедливости (№ 11); обеспечение общественной безопасности и правопорядка (№ 12); осуществление борьбы с наркотиками, алкоголем, табакокурением (№ 13); предоставление населению политических полномочий в разработке повесток дня и принятии решений, связанных со здоровьем (№ 20); защита населения от техногенных аварий и экстремальных явлений природы (№ 21); природоохранная деятельность и стратегическое обеспечение экологической безопасности (№ 22); подготовка призывного контингента (№ 23); осуществление медико-социальной экспертизы социально-экономических и технических планов, проектов и программ (№ 24). Результаты представлены на рис. 4.2.

Из данных, представленных на рис. 4.2, видно, что наблюдалась аналогичная картина, то есть статистически достоверные преимущества (и оценка более 4 баллов) были также на стороне системы межсекторального взаимодействия ($p \leq 0,05$). Более того, такие характеристики традиционной системы охраны здоровья населения, как «улучшение повседневных условий жизни населения» (№ 3), «обеспечение справедливости в отношении здоровья между жителями сельской и городской местности» (№ 4), «обеспечение социальной защиты в течение всей жизни» (№ 6), «обеспечение здорового рациона питания населения» (№ 7), «обеспечение дорожно-транспортной

безопасности» (№ 9), «финансирование мер по воздействию на социальные детерминанты здоровья и обеспечение справедливости в отношении здоровья для всех» (№ 19), «предоставление населению политических полномочий в разработке повесток дня и принятии решений, связанных со здоровьем» (№ 20) и «природоохранная деятельность и стратегическое обеспечение экологической безопасности» (№ 22) получили оценки ниже «удовлетворительно» (остальные – не более 4 баллов).

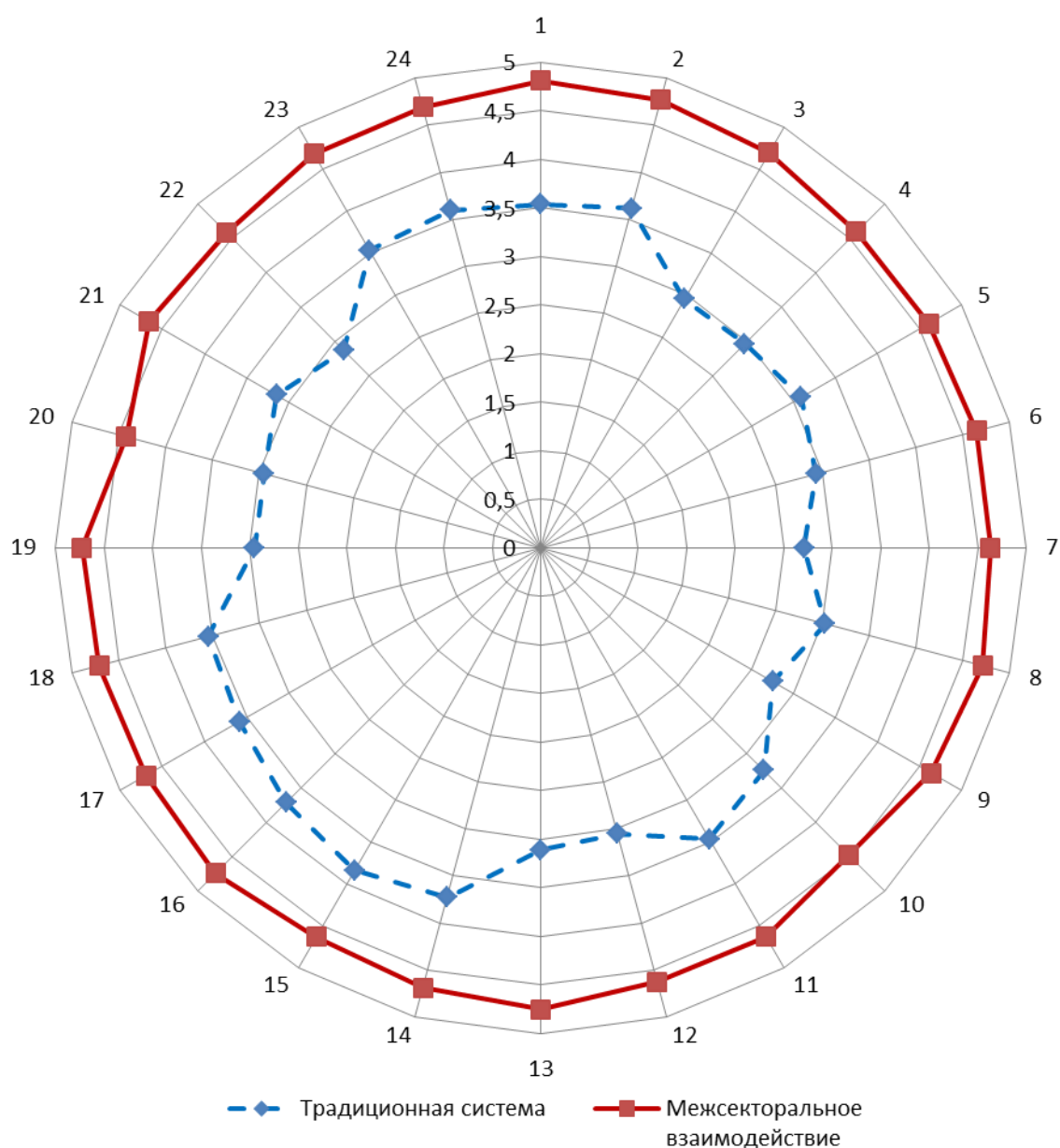


Рисунок 4.2 – Сравнительный анализ направлений практического осуществления охраны здоровья населения (оценка по 5-балльной шкале)

Представляло интерес установить, как в настоящее время реализуется система межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения (табл. 4.1).

Таблица 4.1 – Реализация системы межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения

Реализация, %	% ответов, $P \pm m$			
	В районе проживания	В городе	В области	В стране
Менее 20	37,1 $\pm$ 4,4	33,9 $\pm$ 4,3	38,7 $\pm$ 4,5	32,3 $\pm$ 4,3
20–39	24,2 $\pm$ 3,9	24,2 $\pm$ 3,9	17,7 $\pm$ 3,5	16,1 $\pm$ 3,4
40–59	24,2 $\pm$ 3,9	21,0 $\pm$ 3,7	21,0 $\pm$ 3,7	19,4 $\pm$ 3,6
60–79	11,3 $\pm$ 2,9	11,3 $\pm$ 2,9	14,5 $\pm$ 3,2	16,1 $\pm$ 3,4
80–100	3,2 $\pm$ 1,6	9,7 $\pm$ 2,7	8,1 $\pm$ 2,5	16,1 $\pm$ 3,4

Из данных, представленных в табл. 4.1, следует, что незначительная часть опытных руководителей считала, что в районе, в котором они проживают, городе, области и в целом по стране такая реализация осуществляется более чем на 80%. По мнению большинства респондентов, она была значимо ниже ($p < 0,05$).

По данным только 6,5 $\pm$ 2,3% экспертов, ничто не мешает реализации системы межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения. Определены возможные причины, мешающие такой реализации (табл. 4.2).

Таблица 4.2 – Возможные причины, мешающие реализации системы межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения, % ответов

Причины	% ответов
Отсутствие соответствующей мотивации исполнителей в заинтересованных структурах	67,7 $\pm$ 4,3
Недостаточная научная разработка вопросов межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения	55,5 $\pm$ 4,4
Недостаточная разработка соответствующего нормативного правового поля	38,7 $\pm$ 4,5
Недостаточная профессиональная подготовка исполнителей в заинтересованных структурах	54,8 $\pm$ 4,6
Низкий уровень планирования мероприятий по охране здоровья населения (планов, программ и т.п.)	35,5 $\pm$ 4,4
Низкий уровень медицинской активности населения	46,8 $\pm$ 4,6
Отсутствие необходимой объективной информации о состоянии здоровья населения	41,9 $\pm$ 4,5
Отсутствие необходимого мониторинга состояния работы по охране здоровья населения в заинтересованных структурах	24,19 $\pm$ 3,93

Причины	% ответов
Неспособность отдельных руководителей заинтересованных структур принимать решения на организацию такого межсекторального взаимодействия	51,6 ± 4,6
Другое	1,6 ± 1,2

Из данных, представленных в табл. 4.2, следует, что в качестве основных причин признаны: отсутствие соответствующей мотивации исполнителей в заинтересованных структурах (1 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).

Таким образом, проведённый сравнительный анализ традиционной системы охраны здоровья и межсекторального взаимодействия позволил продемонстрировать статистически достоверные преимущества последней. Эти преимущества касаются как организации охраны здоровья населения, так и непосредственных направлений её практического осуществления.

Результаты исследования показали, что, несмотря на преимущества системы межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения, её реализация пока недостаточная. Определены причины такого положения.

4.2 Обоснование перечня и значимости секторов, заинтересованных в охране здоровья населения

Данные обзора литературы свидетельствуют о целесообразности определения секторов, заинтересованных в охране здоровья населения, их значимости, меры участия (удельного веса) каждого в осуществлении этого направления деятельности (табл. 4.3).

Из данных, представленных в табл. 4.3, следует, что руководителями здравоохранения был установлен перечень секторов, заинтересованных в охране здоровья населения, значимость которых различалась.

Таблица 4.3 – Значимость и удельный вес деятельности различных секторов государства и общества по охране здоровья населения

№ п/п	Секторы	Балл	Ранг	Уд. вес, %	Ранг
1.	Здравоохранение	9,58	1	18,42	1
2.	Губернатор (аппарат губернатора)	7,37	2	10,12	2
3.	Информация и печать	6,28	3	7,19	3
4.	Образование	6,10	4	6,36	5
5.	Региональный парламент	5,69	5	6,67	4
6.	Экономическое развитие	5,58	6–7–8	4,61	7–8–9–10–11
7.	Молодежная политика, физическая подготовка, спорт и туризм	5,56	6–7–8	4,51	7–8–9–10–11
8.	Обеспечение безопасности жизнедеятельности населения	5,54	6–7–8	4,64	7–8–9–10–11
9.	Роспотребнадзор	5,18	9–10	4,55	7–8–9–10–11
10.	Охрана окружающей среды и природопользование	5,11	9–10	4,54	7–8–9–10–11
11.	Социальное развитие	5,04	11	3,14	12
12.	Занятость, труд и миграция	4,55	12–13	2,52	13–14
13.	Финансы	4,52	12–13	4,82	6
14.	Общественные организации	3,90	14	1,53	21
15.	Органы внутренних дел и прокуратура	3,66	15	1,40	22
16.	Военный комиссариат	3,24	16	1,88	18
17.	Сфера культуры	2,98	17	2,20	15
18.	Промышленность и энергетика	2,86	18–19	2,48	13–14
19.	Сельское хозяйство	2,83	18–19	2,02	16–17
20.	Ветеринария	2,75	20–21	2,02	16–17
21.	Дорожное хозяйство и транспорт	2,70	20–21	1,60	19–20
22.	Строительство и жилищно-коммунальное хозяйство	2,46	22	1,68	19–20
23.	Охотничье хозяйство и рыболовство	1,58	23	1,10	23
	<i>Всего</i>			100,0	

Респонденты определили пограничный уровень значимости в 4,0 балла и разделили заинтересованные секторы на две группы – основные или относительно

более значимые и относительно менее значимые. При этом к основным 13 были отнесены (представлены по мере убывания значимости от 9,58 до 4,52 балла):

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

Остальные секторы (10 из 23) были признаны относительно менее значимыми (оценены от 3,90 до 1,58 балла):

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

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

Такое разделение на основные и относительно менее значимые секторы, было подтверждено данными, представленными в табл. 4.4, когда учитывались только ответы руководителей здравоохранения, в которых значимость секторов оценивалась по 10-балльной шкале.

Таблица 4.4 – Основные секторы, участвующие в работе по охране здоровья населения

№ пп	Перечень основных секторов	% ответов
1.	Здравоохранение	96,05
2.	Губернатор (аппарат губернатора)	94,74
3.	Информация и печать	90,79
4.	Образование	78,95
5.	Региональный парламент	76,32
6.	Обеспечение безопасности жизнедеятельности населения	72,37
7.	Молодежная политика, физическая подготовка, спорт и туризм	72,37
8.	Социальное развитие	67,11
9.	Экономическое развитие	65,25
10.	Роспотребнадзор	62,90
11.	Занятость, труд и миграция	60,32
12.	Охрана окружающей среды и природопользование	59,21
13.	Финансы	51,32

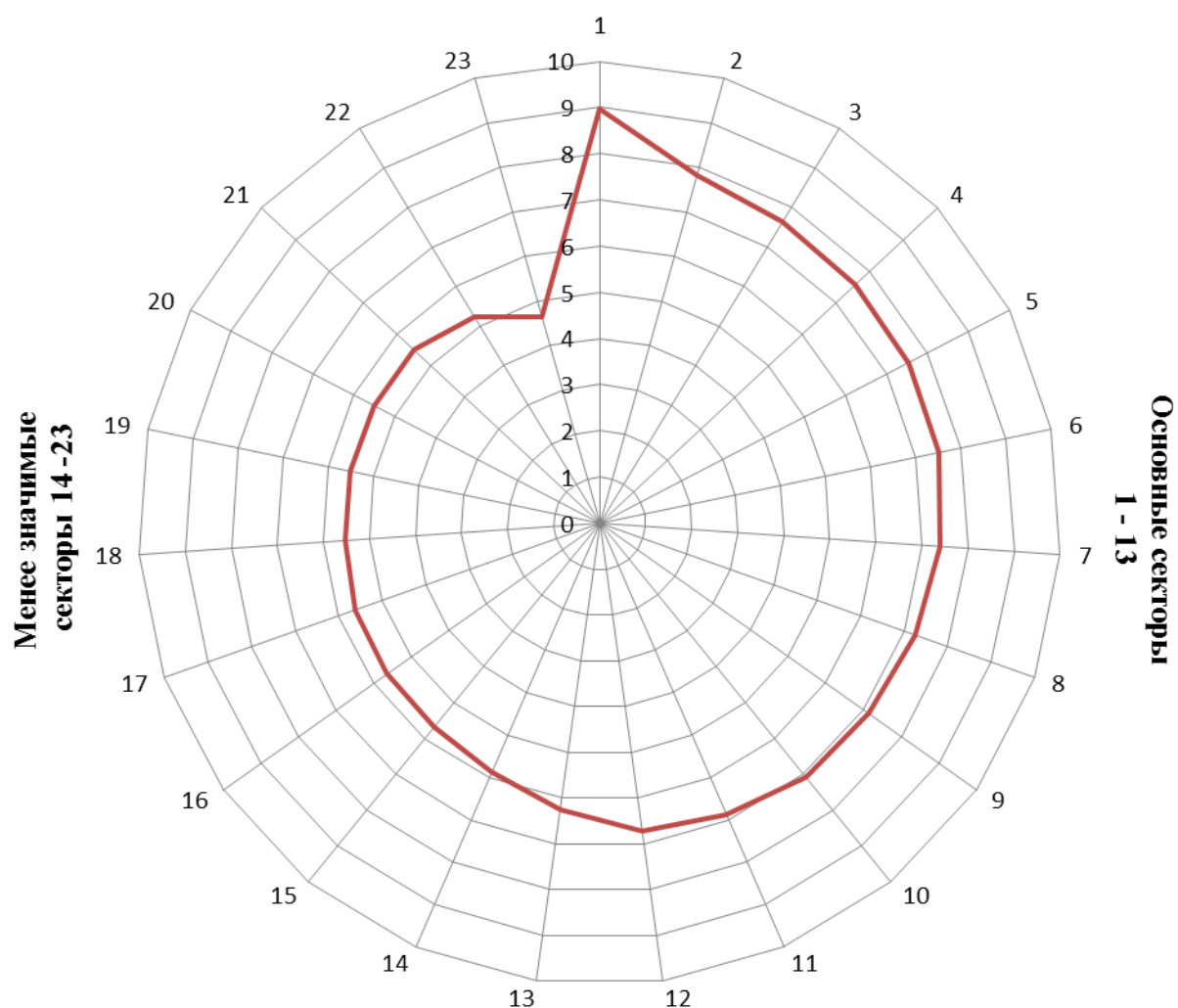
Видно, что более 50% опрошенных указали на те же 13 основных заинтересованных секторов (со значимостью ≥ 7 баллам, остальные секторы получили менее 50% подобных ответов). При этом места первых пяти секторов полностью совпали (выделены полужирным шрифтом).

Экспертам также было предложено определить значимость секторов, заинтересованных в охране здоровья населения (предварительно до них были

доведены результаты опроса руководителей здравоохранения). Соответствующие данные представлены в табл. 4.5 и на рис. 4.3.

Таблица 4.5 – Мнение экспертов о значимости заинтересованных в охране здоровья населения секторов, $M \pm \delta$

Секторы	Балл
<i>Основные</i>	
Здравоохранение	$8,98 \pm 0,54$
Губернатор (аппарат губернатора)	$7,83 \pm 0,62$
Информация и печать	$7,64 \pm 0,76$
Образование	$7,58 \pm 0,81$
Экономическое развитие	$7,55 \pm 0,66$
Региональный парламент	$7,52 \pm 0,76$
Молодежная политика, физическая подготовка, спорт и туризм	$7,39 \pm 0,62$
Роспотребнадзор	$7,25 \pm 0,65$
Финансы	$7,12 \pm 0,82$
Обеспечение безопасности жизнедеятельности населения	$7,07 \pm 0,74$
Охрана окружающей среды и природопользование	$6,88 \pm 0,69$
Социальное развитие	$6,72 \pm 0,58$
Занятость, труд и миграция	$6,26 \pm 0,52$
<i>Менее значимые</i>	
Дорожное хозяйство и транспорт	$5,88 \pm 0,61$
Промышленность и энергетика	$5,69 \pm 0,64$
Строительство и жилищно-коммунальное хозяйство	$5,64 \pm 0,58$
Органы внутренних дел и прокуратура	$5,61 \pm 0,62$
Культура	$5,52 \pm 0,52$
Сельское хозяйство	$5,51 \pm 0,50$
Военный комиссариат	$5,51 \pm 0,59$
Общественные организации	$5,50 \pm 0,71$
Ветеринария	$5,24 \pm 0,65$
Охотничье хозяйство и рыболовство	$4,64 \pm 0,50$



<i>Основные секторы</i>		<i>Менее значимые секторы</i>	
1	Здравоохранение	14	Дорожное хозяйство и транспорт
2	Губернатор (аппарат губернатора)	15	Промышленность и энергетика
3	Информация и печать	16	Строительство и жилищно-коммунальное хозяйство
4	Образование	17	Органы внутренних дел и прокуратура
5	Экономическое развитие	18	Культура
6	Региональный парламент	19	Сельское хозяйство
7	Молодежная политика, физическая подготовка, спорт и туризм	20	Военный комиссариат
8	Роспотребнадзор	21	Общественные организации
9	Финансы	22	Ветеринария
10	Обеспечение безопасности жизнедеятельности населения	23	Охотничье хозяйство и рыболовство
11	Охрана окружающей среды и природопользование		
12	Социальное развитие		
13	Занятость, труд и миграция		

Рисунок 4.3 – Мнение экспертов о значимости заинтересованных в охране здоровья населения секторов, балл

Эксперты согласились с мнением руководителей здравоохранения о перечне секторов, заинтересованных в охране здоровья населения, и целесообразности их

разделения на основные (относительно более значимые) и относительно менее значимые. При этом состав обеих групп совпадал, а первые четыре сектора основной группы вообще не отличались. Так, к основным были отнесены следующие 13 секторов: «здравоохранение»; «губернатор (аппарат губернатора)»; «информация и печать»; «образование»; «экономическое развитие»; «региональный парламент»; «молодёжная политика, физическая подготовка, спорт и туризм»; «Роспотребнадзор»; «финансы»; «обеспечение безопасности жизнедеятельности населения»; «охрана окружающей среды и природопользование»; «социальное развитие»; «занятость, труд и миграция».

В группу относительно менее значимых секторов были включены «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».

Вместе с тем наблюдались некоторые различия. Эксперты в целом более высоко оценивали значимость заинтересованных в охране здоровья секторов. Так, если опрошенные организаторы здравоохранения (не эксперты) оценили значимость 14 секторов из 23 менее чем на 5 баллов (из них два были ими отнесены к основным) – от 4,55 балла до 1,58), то эксперты определили только один такой сектор – «охотничье хозяйство и рыболовство» (4,64), а все остальные выше 5,0 балла. Кроме того, эксперты указали в качестве пограничного уровня 6,0 балла, руководители здравоохранения (не эксперты) – 4,0 балла. Вследствие этого экспертами в группу основных секторов были включены те, которые получили оценку от 8,98 до 6,26 балла (против от 9,58 до 4,52 балла), а в группу относительно менее значимых – от 5,88 до 4,64 (против от 3,90 до 1,58).

Кроме того, последовательность представления секторов в каждой из групп (кроме первых четырёх секторов) несколько отличалась, хотя общий состав – нет.

И руководители здравоохранения (не эксперты) и эксперты статистически наиболее высоко оценили значимость сектора «здравоохранение». Они считали, что медицинские работники, в силу своего образования, должны играть доминирующую роль в работе по охране здоровья населения – осуществлять направляющую и координирующую функции.

Таким образом, установлен перечень из 23 секторов государства и общества, заинтересованных в охране здоровья населения, из которых 13 определены как основные (относительно более значимые) и 10 – относительно менее значимые.

4.2.1 Исследование иерархического взаимодействия заинтересованных секторов

Организаторы здравоохранения оценили по 10-балльной шкале силу связи между основными тринадцатью заинтересованными секторами при осуществлении ими работы по охране здоровья населения (табл. 4.6.).

Таблица 4.6 – Оценка силы связи между секторами при осуществлении работы по охране здоровья населения, балл

№ связи	Межсекторальное взаимодействие	Балл
1.	Губернатор (аппарат губернатора) – региональный парламент	7,163
2.	Губернатор (аппарат губернатора) – информация и печать	6,272
3.	Губернатор (аппарат губернатора) – здравоохранение	7,478
4.	Губернатор (аппарат губернатора) – образование	5,761
5.	Губернатор (аппарат губернатора) – молодежная политика, физическая подготовка, спорт и туризм	5,467
6.	Губернатор (аппарат губернатора) – экономическое развитие	7,562
7.	Губернатор (аппарат губернатора) – Роспотребнадзор	7,482
8.	Губернатор (аппарат губернатора) – занятость, труд и миграция	6,438
9.	Губернатор (аппарат губернатора) – социальное развитие	5,837
10.	Губернатор (аппарат губернатора) – охрана окружающей среды и природопользование	5,054
11.	Губернатор (аппарат губернатора) – финансы	6,283
12.	Губернатор (аппарат губернатора) – обеспечение безопасности жизнедеятельности населения	5,815
13.	Региональный парламент – информация и печать	5,663
14.	Региональный парламент – здравоохранение	6,304
15.	Региональный парламент – образование	4,761

№ связи	Межсекторальное взаимодействие	Балл
16.	Региональный парламент – молодежная политика, физическая подготовка, спорт и туризм	5,054
17.	Региональный парламент – экономическое развитие	5,680
18.	Региональный парламент – Роспотребнадзор	5,326
19.	Региональный парламент – занятость, труд и миграция	5,111
20.	Региональный парламент – социальное развитие	5,380
21.	Региональный парламент – охрана окружающей среды и природопользование	4,652
22.	Региональный парламент – финансы	5,739
23.	Региональный парламент – обеспечение безопасности жизнедеятельности населения	5,109
24.	Информация и печать – здравоохранение	6,750
25.	Информация и печать – образование	5,000
26.	Информация и печать – молодежная политика, физическая подготовка, спорт и туризм	5,272
27.	Информация и печать – экономическое развитие	5,212
28.	Информация и печать – Роспотребнадзор	5,549
29.	Информация и печать – занятость, труд и миграция	4,186
30.	Информация и печать – социальное развитие	4,826
31.	Информация и печать – охрана окружающей среды и природопользование	4,902
32.	Информация и печать – финансы	4,272
33.	Информация и печать – обеспечение безопасности жизнедеятельности населения	5,109
34.	Здравоохранение – образование	5,804
35.	Здравоохранение – молодежная политика, физическая подготовка, спорт и туризм	5,522
36.	Здравоохранение – экономическое развитие	5,279
37.	Здравоохранение – Роспотребнадзор	7,361
38.	Здравоохранение – занятость, труд и миграция	5,113
39.	Здравоохранение – социальное развитие	6,043
40.	Здравоохранение – охрана окружающей среды и природопользование	4,772
41.	Здравоохранение – финансы	5,761
42.	Здравоохранение – обеспечение безопасности жизнедеятельности населения	5,370
43.	Образование – молодежная политика, физическая подготовка, спорт и туризм	5,609
44.	Образование – экономическое развитие	4,156
45.	Образование – Роспотребнадзор	3,473
46.	Образование – занятость, труд и миграция	4,286
47.	Образование – социальное развитие	4,913
48.	Образование – охрана окружающей среды и природопользование	4,174
49.	Образование – финансы	4,489
50.	Образование – обеспечение безопасности жизнедеятельности населения	4,652
51.	Молодежная политика, физическая подготовка, спорт и туризм – экономическое развитие	3,872

№ связи	Межсекторальное взаимодействие	Балл
52.	Молодежная политика, физическая подготовка, спорт и туризм – Роспотребнадзор	4,215
53.	Молодежная политика, физическая подготовка, спорт и туризм – занятость, труд и миграция	3,114
54.	Молодежная политика, физическая подготовка, спорт и туризм – социальное развитие	4,304
55.	Молодежная политика, физическая подготовка, спорт и туризм – охрана окружающей среды и природопользование	4,033
56.	Молодежная политика, физическая подготовка, спорт и туризм – финансы	4,467
57.	Молодежная политика, физическая подготовка, спорт и туризм – обеспечение безопасности жизнедеятельности населения	4,337
58.	Экономическое развитие – Роспотребнадзор	4,461
59.	Экономическое развитие – занятость, труд и миграция	4,887
60.	Экономическое развитие – социальное развитие	5,785
61.	Экономическое развитие – охрана окружающей среды и природопользование	7,116
62.	Экономическое развитие – финансы	7,856
63.	Экономическое развитие – обеспечение безопасности жизнедеятельности населения	7,106
64.	Роспотребнадзор – занятость, труд и миграция	3,218
65.	Роспотребнадзор – социальное развитие	3,054
66.	Роспотребнадзор – охрана окружающей среды и природопользование	7,015
67.	Роспотребнадзор – финансы	3,249
68.	Роспотребнадзор – обеспечение безопасности жизнедеятельности населения	6,412
69.	Занятость, труд и миграция – социальное развитие	5,452
70.	Занятость, труд и миграция – охрана окружающей среды и природопользование	3,223
71.	Занятость, труд и миграция – финансы	4,526
72.	Занятость, труд и миграция – обеспечение безопасности жизнедеятельности населения	3,425
73.	Социальное развитие – охрана окружающей среды и природопользование	3,935
74.	Социальное развитие – финансы	4,924
75.	Социальное развитие – обеспечение безопасности жизнедеятельности населения	4,152
76.	Охрана окружающей среды и природопользование – финансы	4,065
77.	Охрана окружающей среды и природопользование – обеспечение безопасности жизнедеятельности населения	4,630
78.	Финансы – обеспечение безопасности жизнедеятельности населения	4,663

Данные, представленные в табл. 4.6, подтверждают наличие значимых связей между всеми основными секторами. При этом по значимости межсекторального взаимодействия, которая имеет прямое отношение к оптимизации данного процесса, наиболее высокие ранговые места (более 7 баллов

– связь имеет существенное значение) занимают связи сектора «губернатор (аппарат губернатора)» с секторами «экономическое 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.

Наименее значимы (последние ранговые места) связи Роспотребнадзора с социальным развитием, занятостью, трудом и миграцией, охраной окружающей среды и природопользованием, финансами; занятости, труда и миграции с молодежной политикой, физической подготовкой, спортом и туризмом, обеспечением безопасности жизнедеятельности населения; социального развития с охраной окружающей среды и природопользованием.

Полученные результаты позволили построить соответствующую матрицу смежности (табл. 4.7), на её базе построить граф смежности (рис. 4.4) и определить суммарную силу связи каждого сектора.

Учёт суммарной связи, установленной путём построения матрицы смежности (табл. 4.7), 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.

Таблица 4.7 – Матрица смежности связи основных заинтересованных секторов, балл

Вектор	X	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆	X ₇	X ₈	X ₉	X ₁₀	X ₁₁	X ₁₂	X ₁₃	Сумма, баллы	Ранговое место
Здравоохранение	X ₁	X ₁	7,478	6,750	5,804	5,279	6,304	5,522	7,361	5,761	5,370	4,772	6,043	5,113	71,557	2
Губернатор (аппарат губернатора)	X ₂	7,478	X ₂	6,272	5,761	7,562	7,163	5,467	7,482	6,283	5,815	5,054	5,837	6,438	76,612	1
Информация и печать	X ₃	6,750	6,272	X ₃	5,000	5,212	5,663	5,272	5,549	4,272	5,109	4,902	4,826	4,186	63,013	5
Образование	X ₄	5,804	5,761	5,000	X ₄	4,156	4,761	5,609	3,473	4,489	4,652	4,174	4,913	4,286	57,078	13
Экономическое развитие	X ₅	5,279	7,562	5,212	4,156	X ₅	5,680	3,872	4,461	7,856	7,106	7,116	5,785	4,877	68,962	3
Региональный парламент	X ₆	6,304	7,163	5,663	4,761	5,680	X ₆	5,054	5,326	5,739	5,109	4,652	5,380	5,111	65,942	4
Молодежная политика, физическая подготовка, спорт и туризм	X ₇	5,522	5,467	5,272	5,609	3,872	5,054	X ₇	4,215	4,467	4,337	4,033	4,304	3,114	55,266	11
Роспотребнадзор	X ₈	7,361	7,482	5,549	3,473	4,461	5,326	4,215	X ₈	3,249	6,412	7,015	3,054	3,218	60,815	6
Финансы	X ₉	5,761	6,283	4,272	4,489	7,856	5,739	4,467	3,249	X ₉	4,663	4,065	4,924	4,526	60,294	8
Обеспечение безопасности жизнедеятельност и населения	X ₁₀	5,370	5,815	5,109	4,652	7,106	5,109	4,337	6,412	4,663	X ₁₀	4,630	4,152	3,425	60,780	7
Охрана окружающей среды и природопользован ие	X ₁₁	4,772	5,054	4,902	4,174	7,116	4,652	4,033	7,015	4,065	4,630	X ₁₁	3,935	3,223	57,571	10
Социальное развитие	X ₁₂	6,043	5,837	4,826	4,913	5,785	5,380	4,304	3,054	4,924	4,152	3,935	X ₁₂	5,452	58,605	9
Занятость, труд и миграция	X ₁₃	5,113	6,438	4,186	4,286	4,877	5,111	3,114	3,218	4,526	3,425	3,223	5,452	X ₁₃	52,969	12

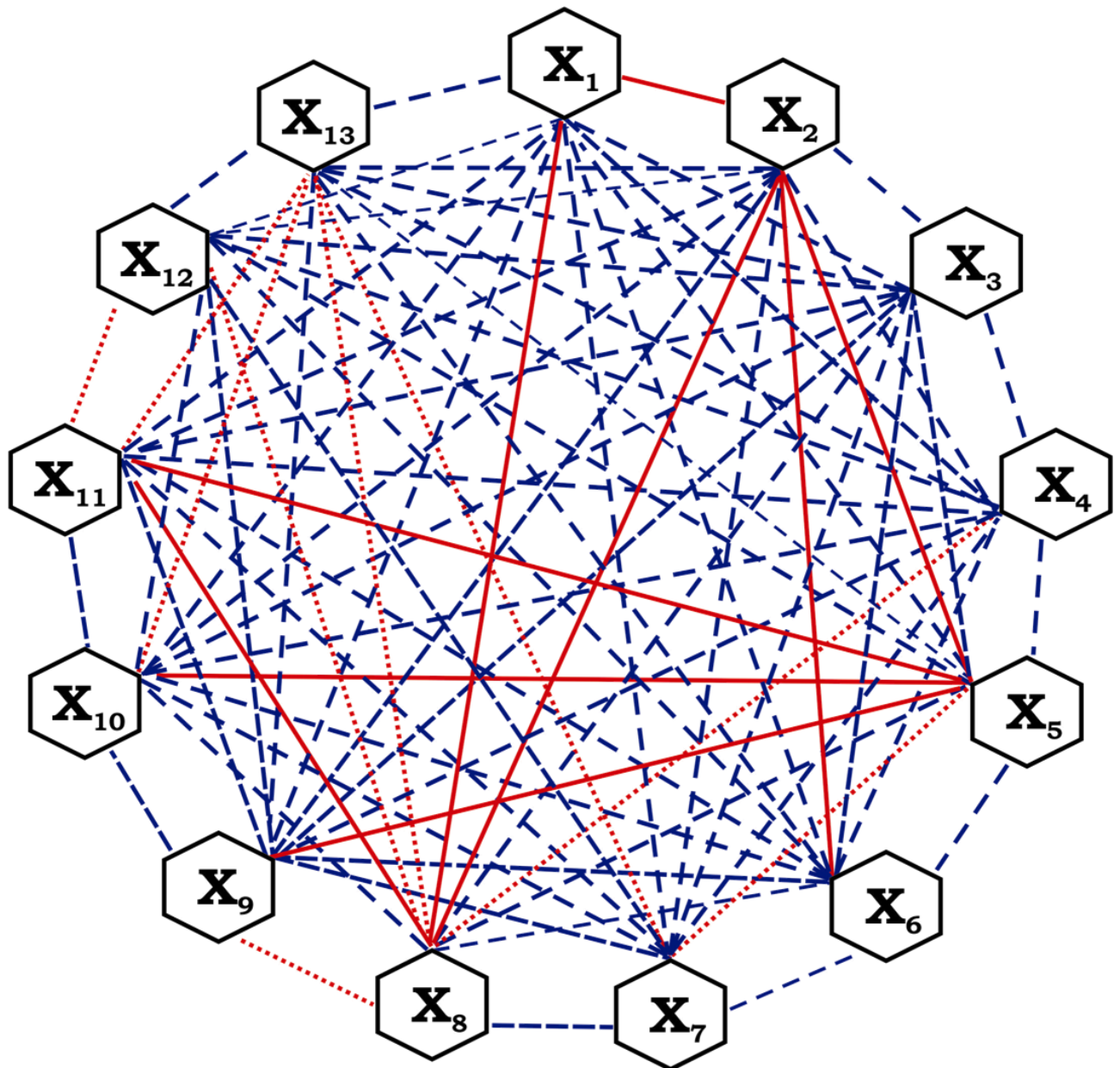


Рисунок 4.4 – Характеристика силы связи между основными заинтересованными секторами

Примечания: x_1 – x_{13} – основные секторы: «Здравоохранение» (X_1); «Губернатор (аппарат губернатора)» (X_2); «Информация и печать» (X_3); «Образование» (X_4); «Экономическое развитие» (X_5); «Региональный парламент» (X_6); «Молодежная политика, физическая подготовка, спорт и туризм» (X_7); «Роспотребнадзор» (X_8); «Финансы» (X_9); «Обеспечение безопасности жизнедеятельности населения» (X_{10}); «Охрана окружающей среды и природопользование» (X_{11}); «Социальное развитие» (X_{12}); «Занятость, труд и миграция» (X_{13});

- – значимость связи более 1 до 4 баллов (связь умеренная, связь имеет значение);
- -- – значимость связи от более 4 до 7 баллов (связь есть, имеет важное значение);
- – значимость связи от более 7 до 10 балла (сильная связь, связь существенное значение)

Установленные секторы, заинтересованные в охране здоровья населения, должны осуществлять соответствующие мероприятия различного характера. Действительно, общеизвестно (Федеральный закон РФ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статья 2), что охрана здоровья граждан – система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического) характера.

Результаты проведённого анкетирования руководителей здравоохранения позволили установить значимость по 5-балльной шкале (рис. 4.5) и удельный вес (рис. 4.6) этих мер.

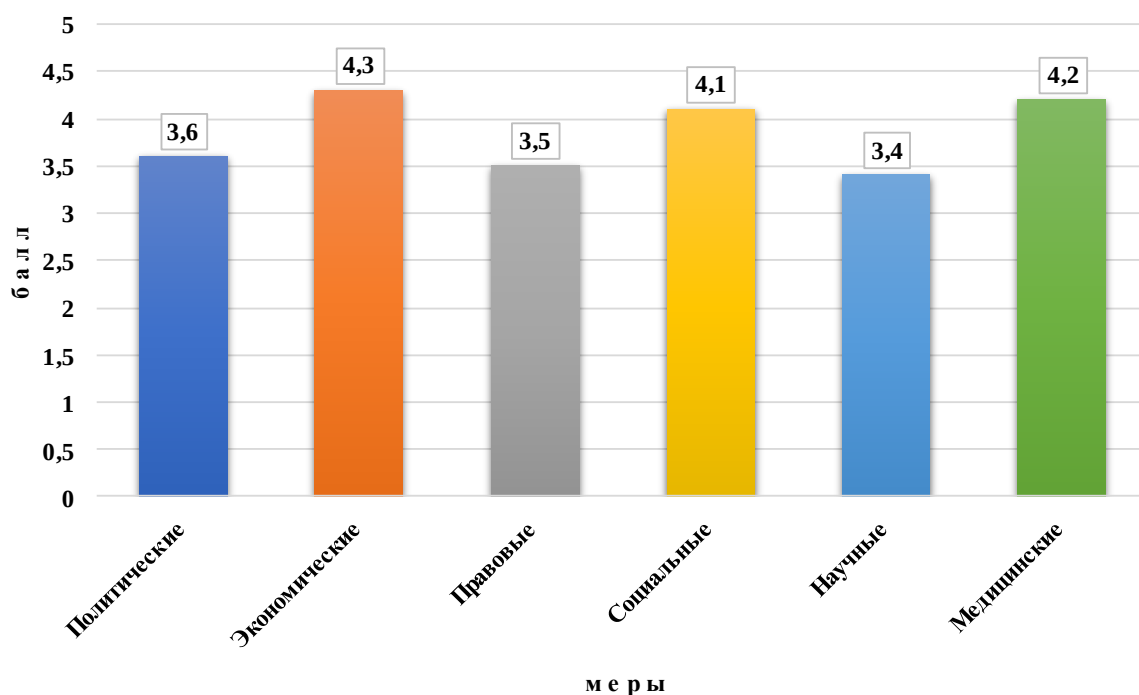


Рисунок 4.5 – Оценка руководителями здравоохранения значимости мер по охране здоровья населения, балл

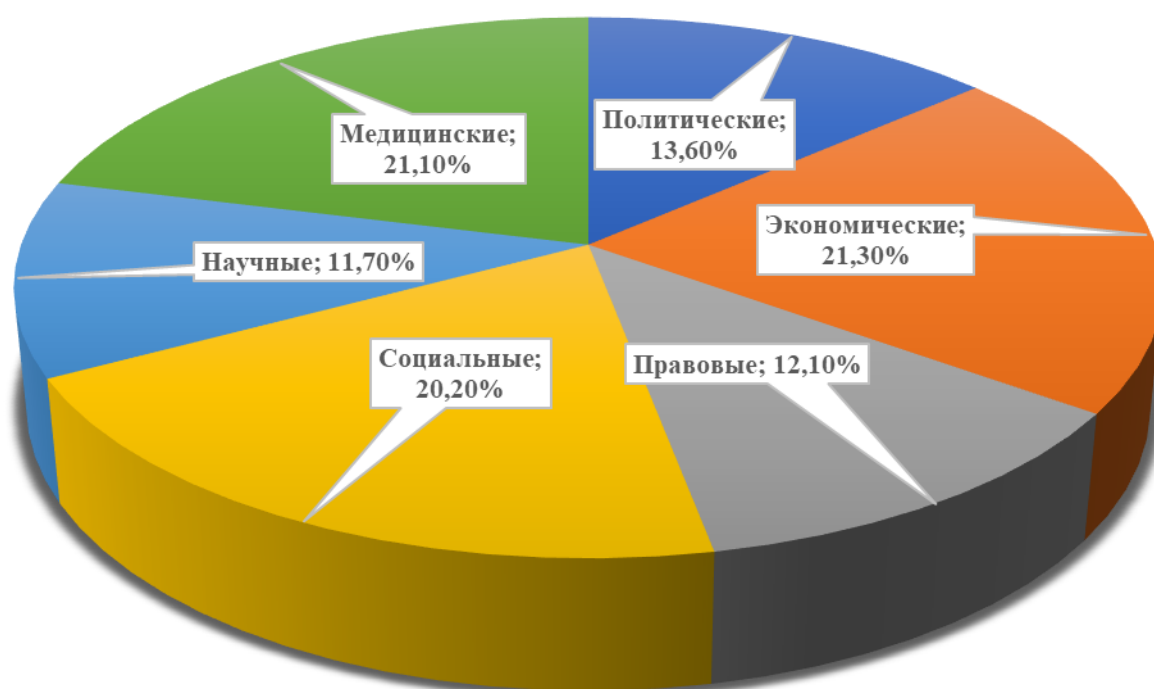


Рисунок 4.6 – Мнение руководителей здравоохранения об удельном весе мер по охране здоровья населения, %

Видно, что наиболее значимы ($p \leq 0,05$) и составляют наибольший удельный вес ($p \leq 0,05$) 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. С этих позиций перспективно, как свидетельствует проведённый анализ литературы, во-первых, обосновать как можно более полный спектр детерминант здоровья, то есть факторов, влияющих на него, и, во-вторых, установить влияние каждого заинтересованного сектора на каждую детерминанту.

4.3 Определение и структурирование перечня и значимости детерминант здоровья

Как свидетельствует анализ литературы, исследование функционирования системы межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения целесообразно осуществлять с обязательным учётом детерминант здоровья. При этом есть необходимость определить их полный перечень и исследовать значимость.

Результаты исследования позволили определить перечень значимых детерминант здоровья, которые представлены в табл. 4.8 и на рис. 4.7.

Таблица 4.8 – Данные исследования значимости детерминант здоровья, балл

№ п/п	Детерминанты здоровья	Мнение не медицинских работников, М	δ	Мнение врачей, М	δ	Группы
1	2	3	4	5	6	7
1	Качество питания	8,52	0,59	8,10	0,72	Образ жизни
2	Физическая активность	8,09	0,59	7,36	0,65	
3	Курение	7,19	0,70	7,14	0,53	
4	Употребление алкоголя	6,94	0,72	7,07	0,56	
5	Сексуальное поведение	6,45	0,85	6,10	0,74	
6	Употребление наркотиков	5,92	0,95	8,31	0,89	
7	Медицинская активность	6,26	0,78	6,50	0,54	
8	Обеспеченность жильем, в том числе санитарно-гигиеническими условиями	6,61	0,82	5,90	0,63	Условия жизни и работы
9	Условия работы, в том числе санитарно-гигиенические	6,55	0,68	6,62	0,75	
10	Организация охраны труда	6,20	0,60	6,50	0,70	
11	Доступность услуг, в том числе функционирование сети обслуживания жилого фонда	6,02	0,76	6,17	0,80	
12	Доступность необходимого уровня комфорта	5,99	0,75	5,00	0,62	
13	Возможности получения образования	5,86	0,82	5,69	0,69	
14	Транспортное обеспечение, в частности, состояние дорожно-транспортной сети и функционирование системы личного общественного транспорта	5,35	0,78	5,38	0,58	
15	Устройство территории	5,54	0,75	4,81	0,53	
16	Обеспечение социальных гарантий, в том числе для пенсионеров, лиц с ненадежной занятостью (включая безработных, неформальную занятость и работу по дому и по	6,15	0,72	4,05	0,32	

1	2	3	4	5	6	7
	уходу), в таких особых ситуациях, как болезнь, инвалидность					
17	Ответственность власти за действия и справедливость в отношении здоровья населения	6,27	0,81	6,07	0,65	Факторы, которые воздействуют на общество в широком смысле слова
18	Общие социально-экономические условия, в том числе финансирование мер по воздействию на социальные детерминанты здоровья и обеспечение справедливости в отношении здоровья и обеспечение справедливости в отношении здоровья для всех	6,28	0,80	6,43	0,49	
19	Участие населения в разработке связанных с политикой повесток дня и принятии решений, связанных со здоровьем	5,75	0,75	3,74	0,52	
20	Климат	6,07	0,68	4,74	0,36	
21	Погода	6,25	0,70	4,62	0,45	
22	Экологическая обстановка	6,34	0,73	6,55	0,40	
23	Работа средств массовой информации, в частности по вопросам гигиенического обучения и воспитания населения, пропаганды здорового образа жизни	6,02	0,72	5,55	0,44	
24	Состояние общественной безопасности и правопорядка	5,85	0,71	5,33	0,63	
25	Род занятий, в том числе положение в общественной иерархии	6,11	0,75	4,83	0,59	Структурные показатели социально-экономического неравенства
26	Уровень дохода	6,45	0,69	6,60	0,47	
27	Место проживания	6,37	0,72	5,26	0,59	
28	Условия найма на работу и обеспечения достойной работой	6,30	0,750	5,43	0,63	
29	Социальная изоляция, прежде всего иммигрантов, национальных меньшинств, иностранных рабочих и беженцев, их детей	5,94	0,83	4,88	0,55	
30	Наследственность	6,48	0,77	7,50	0,39	Внегрупповые
31	Пол	5,22	0,93	3,29	0,43	
32	Возраст	5,77	0,82	5,29	0,34	
33	Индивидуально-психологические особенности личности	5,76	0,77	5,40	0,48	
34	Уровень образования (конкретного человека)	5,78	0,78	5,33	0,58	
35	Уровень культуры (конкретного человека)	5,80	0,80	5,21	0,48	
36	Система взаимоотношений между людьми, в том числе в семье, с друзьями, ближайшим окружением, сослуживцами, помощь членов общества друг другу в неблагоприятных ситуациях	6,27	0,77	5,60	0,66	

1	2	3	4	5	6	7
37	Медицинское обслуживание – работа органов и учреждений здравоохранения	6,43	0,72	6,00	0,42	

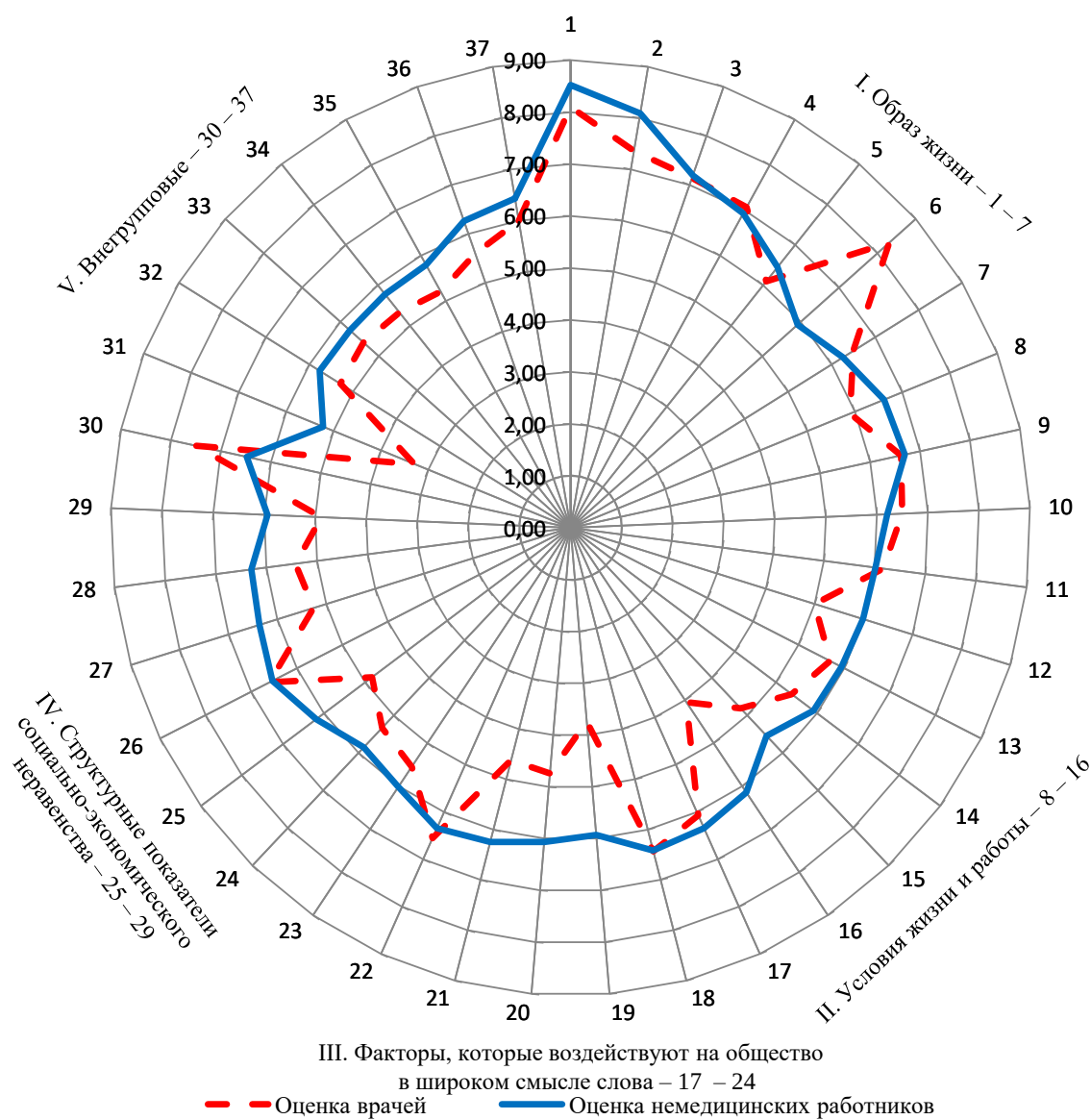


Рисунок 4.7 – Значимость детерминант здоровья, балл

Видно, что определён широкий спектр из 37 детерминант здоровья. Установлены 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.

В группу «образ жизни» вошли качество питания (№1); физическая активность (2); курение (3); употребление алкоголя (4); сексуальное поведение (5); употребление наркотиков (6); медицинская активность (7).

К группе «условия жизни и работы» были отнесены: обеспеченность жильем, в том числе санитарно-гигиеническими условиями (8); условия работы, в том числе санитарно-гигиенические (9); организация охраны труда (10); доступность услуг, в том числе функционирование сети обслуживания жилого фонда (11); доступность необходимого уровня комфорта (12); возможности получения образования (13); транспортное обеспечение, в частности, состояние дорожно-транспортной сети и функционирование системы личного общественного транспорта (14); устройство территории (15); 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 (16).

Определены следующие факторы, которые воздействуют на общество в широком смысле слова (III группа): ответственность власти за действия и справедливость в отношении здоровья населения (17); общие социально-экономические условия, в том числе финансирование мер по воздействию на социальные детерминанты здоровья и обеспечение справедливости в отношении здоровья и обеспечение справедливости в отношении здоровья для всех (18); участие населения в разработке связанных с политикой повесток дня и принятии решений, связанных со здоровьем (19); климат (20); погода (21); экологическая обстановка (22); работа средств массовой информации, в частности по вопросам гигиенического обучения и воспитания населения, пропаганды здорового образа жизни (23); состояние общественной безопасности и правопорядка (24).

В группу «структурные показатели социально-экономического неравенства» были включены: род занятий, в том числе положение в общественной иерархии (25); уровень дохода (26); место проживания (27); условия найма на работу и обеспечения достойной работой (28); социальная

изоляция, прежде всего иммигрантов, национальных меньшинств, иностранных рабочих и беженцев, их детей (29).

Внегрупповые детерминанты: наследственность (30); пол (31); возраст (32); индивидуально-психологические особенности личности (33); уровень образования (конкретного человека) (34); уровень культуры (конкретного человека) (35); система взаимоотношений между людьми, в том числе в семье, с друзьями, ближайшим окружением, сослуживцами, помощь членов общества друг другу в неблагоприятных ситуациях (36); медицинское обслуживание – работа органов и учреждений здравоохранения (37).

Обобщённые характеристики значимости детерминант здоровья представлены в табл. 4.9.

Таблица 4.9 – Обобщённые характеристики значимости детерминант здоровья

Обобщенное название	Кол-во	Балл
Факторы образа жизни, то есть поведение и отношение к собственному здоровью и здоровью окружающих	7	6,1–8,1
Условия жизни и работы	9	4,1–6,6
Структурные показатели социально-экономического неравенства	5	4,8–6,6
Факторы, которые воздействуют на общество в широком смысле слова	8	3,7–6,6
Наследственность	1	7,5
Пол	1	3,3
Возраст	1	5,3
Индивидуально-психологические особенности личности	1	5,4
Уровень образования (конкретного человека)	1	3,0
Уровень культуры (конкретного человека)	1	5,2
Система взаимоотношений между людьми, в том числе в семье, с друзьями, ближайшим окружением, сослуживцами, помощь членов общества друг другу в неблагоприятных ситуациях	1	5,6
Медицинское обслуживание – работа органов и учреждений здравоохранения	1	6,0

Установлено, что группа «образ жизни» играет приоритетную роль. Так, из семи рассматриваемых её составляющих пять были оценены врачами-организаторами более чем на 7 баллов: качество питания (8,52); употребление наркотиков (8,31); физическая активность (7,36); курение 7,14; употребление алкоголя (7,07). Из них две – более 8 баллов, то есть «имеют существенное значение».

В других группах этого отмечено не было, а среди внегрупповых детерминант только наследственность получила 7,5 балла. Вместе с тем можно отметить, что только детерминанты «участие населения в разработке связанных с политикой повесток дня и принятии решений, связанных со здоровьем» и «пол» определены как «имеют значение», остальные – «имеют важное значение».

При этом внутри каждой из перечисленных ранее групп значимость детерминант существенно различается. Например, такая составляющая группы «Образ жизни», как «употребление наркотиков», оказалась наиболее значимой, а наименее (хотя и достаточно значимыми) – «сексуальное поведение» (6,10 балла) и «медицинская активность» (6,50). В группе «условия жизни и работы» приоритетна детерминанта «условия работы, в том числе санитарно-гигиенические» (6,62 балла), и наименее значима – «обеспечение социальных гарантий» (4,05); в группе «факторы, которые воздействуют на общество в широком смысле слова», – «экологическая обстановка» и «участие населения в разработке связанных с политикой повесток дня и принятии решений, связанных со здоровьем» (6,55 балла и 3,74 соответственно); в группе «структурные показатели социально-экономического неравенства» – «уровень дохода» (6,60 балла) и «род занятий, в том числе положение в общественной иерархии» (4,83).

Существенно различалась и значимость внегрупповых детерминант, например, «медицинское обслуживание» было оценено на $6,00 \pm 0,10$ балла, а наименьшую оценку получила детерминанта «пол» – $3,29 \pm 0,08$ балла.

Сравнительный анализ всех исследуемых детерминант показал, что наиболее значимы – первые три ранговых места «употребление наркотиков»,

«качество питания» и «наследственность», наименее – последние три ранговых места – «пол», «участие населения в разработке связанных с политикой повесток дня и принятии решений, связанных со здоровьем», и «обеспечение социальных гарантий».

Логика распределения данных, полученных при анкетировании населения (не медицинских работников), в основном совпадает с результатами опроса врачей-организаторов. Однако, по мнению последних, статистически достоверно более значимыми, чем по данным населения, были такие детерминанты, как «употребление наркотиков» и «наследственность» ($p < 0,05$). В то же время значимость отдельных детерминант оценена ниже, например, таких как «участие населения в принятии решений в разработке связанных с политикой повесток дня и принятии решений, связанных со здоровьем», «климат», «погода», «род занятий», «место проживания», «пол» ($p < 0,05$).

В табл. 4.10 представлен удельный вес (в %) влияния детерминант (факторов) на здоровье населения.

Таблица 4.10 – Удельный вес влияния детерминант на здоровье населения, %

№	Детерминанта здоровья	%
Группа «Образ жизни» – 35,48%		
1.	Качество питания	7,17
2.	Физическая активность	6,93
3.	Курение	4,46
4.	Употребление алкоголя	4,56
5.	Сексуальное поведение	3,17
6.	Употребление наркотиков	5,07,
7.	Медицинская активность	4,13
Группа «Условия жизни и работы» – 14,80%		
8.	Обеспеченность жильем, в том числе санитарно-гигиеническими условиями	3,05
9.	Условия работы, в том числе санитарно-гигиенические	2,16
10.	Организация охраны труда	1,68
11.	Доступность услуг, в том числе функционирование сети обслуживания жилого фонда	1,14
12.	Доступность необходимого уровня комфорта	1,38
13.	Возможности получения образования	1,52
14.	Транспортное обеспечение, в частности, состояние дорожно-транспортной сети и функционирование системы личного общественного транспорта	1,06
15.	Устройство территории	1,05

№	Детерминанта здоровья	%
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	1,78
Группа «Факторы, которые воздействуют на общество в широком смысле слова» – 14,09%		
17.	Ответственность власти за действия и справедливость в отношении здоровья населения	2,17
18.	Общие социально-экономические условия, в том числе финансирование мер по воздействию на социальные детерминанты здоровья и обеспечение справедливости в отношении здоровья и обеспечение справедливости в отношении здоровья для всех	2,17
19.	Участие населения в разработке связанных с политикой повесток дня и принятии решений, связанных со здоровьем	1,10
20.	Климат	1,48
21.	Погода	1,22
22.	Экологическая обстановка	2,74
23.	Работа средств массовой информации, в частности по вопросам гигиенического обучения и воспитания населения, пропаганды здорового образа жизни	1,63
24.	Состояние общественной безопасности и правопорядка	1,57
Группа «Структурные показатели социально-экономического неравенства» – 12,17%		
25.	Род занятий, в том числе положение в общественной иерархии	2,83
26.	Уровень дохода	3,73
27.	Место проживания	2,06
28.	Условия найма на работу и обеспечения достойной работой	1,79
29.	Социальная изоляция, прежде всего иммигрантов, национальных меньшинств, иностранных рабочих и беженцев, их детей	1,76
Внегрупповые – 23,46%		
30.	Наследственность	5,04
31.	Пол	1,55
32.	Возраст	2,60
33.	Индивидуально-психологические особенности личности	1,96
34.	Уровень образования (конкретного человека)	2,09
35.	Уровень культуры (конкретного человека)	1,66
36.	Система взаимоотношений между людьми, в том числе в семье, с друзьями, ближайшим окружением, сослуживцами, помощь членов общества друг другу в неблагоприятных ситуациях	2,35
37.	Медицинское обслуживание – работа органов и учреждений здравоохранения	6,20
Итого		100%

Из данных, представленных в табл. 4.9, следует, что в структуре влияния на здоровье населения наибольший удельный вес занимают (по мере убывания приоритета) такие детерминанты как «качество питания», «физическая активность», «медицинское обслуживание – работа органов и учреждений здравоохранения», «употребление наркотиков», «наследственность»,

«употребление алкоголя», «курение» и «медицинская активность». Вместе с тем видно, что каждая из установленного перечня детерминант здоровья занимает определённое место в структуре влияния на здоровье населения.

Можно также отметить, что группа «образ жизни» занимает статистически достоверно наибольшее место в структуре влияния различных факторов на здоровье населения – 35,48% ($p < 0,05$). Практически равные места ($p > 0,05$) 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.

Значимое место занимают и внегрупповые детерминанты – 23,46%.

Результаты проведённого исследования позволили перейти к анализу воздействия на детерминанты здоровья заинтересованных секторов.

4.4 Исследование возможного воздействия заинтересованных секторов на детерминанты здоровья

Установлена значимость по 10-балльной шкале возможного воздействия (влияния) каждого из заинтересованных секторов на каждую детерминанту здоровья (табл. 4.11).

Степень такого воздействия, естественно, различна. Более того, есть детерминанты, на которые рассматриваемые секторы практически не влияют. Это пол, возраст, климат, погода. Только сектор здравоохранение существенно влияет на наследственность, имеется в виду генная инженерия, – $6,15 \pm 0,11$ балла. Кроме того, одни секторы воздействуют на меньшее число детерминант здоровья, чем другие. Так, сектор «ветеринария» влияет (более 2 баллов) только на 7 из 37 рассматриваемых детерминант, охотничье хозяйство и рыболовство – на 11, охрана окружающей среды и природопользование – на 15.

Таблица 4.11 – Влияние заинтересованных секторов на детерминанты здоровья (более 7–10 баллов – имеет существенное значение; более 4–7 баллов – важное значение; более 1–4 балла – имеет значение; 0–1 балл – не имеет значения)

ДЕТЕРМИНАНТЫ ЗДОРОВЬЯ	СЕКТОРЫ																						
	Губернатор (аппарат губернатора)	Региональный парламент	Информация и печать	Здравоохранение	Образование	Молодежная политика, физическая подготовка, спорт и туризм	Общественные организации	Органы внутренних дел и прокуратура	Военный комиссариат	Социальное развитие	Охрана окружающей среды и природопользование	Финансы	Обеспечение безопасности жизнедеятельности населения	Промышленность и энергетика	Сельское хозяйство	Роспотребнадзор	Экономическое развитие	Охотничье хозяйство и рыболовство	Дорожное хозяйство и транспорт	Занятость, труд и миграция	Ветеринария	Культура	Строительство и жилищно-коммунальное хозяйство
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Качество питания	6,02	4,78	5,29	6,84	4,80	5,18	3,39	2,33	0,53	3,59	1,05	4,60	3,08	5,28	7,35	7,24	3,39	4,45	3,07	2,12	5,87	3,20	5,00
Физическая активность	5,05	4,64	6,38	7,22	7,13	7,31	5,44	2,09	6,07	3,82	1,66	2,27	1,42	3,95	1,93	5,05	4,35	2,36	2,89	1,66	0,86	4,66	3,88
Курение	5,64	5,04	7,53	8,01	7,47	8,00	5,90	3,62	2,58	3,77	1,02	3,65	1,12	2,69	1,17	3,12	1,16	1,49	1,25	0,25	0,93	5,38	4,09
Употребление алкоголя	6,47	5,73	7,47	7,62	7,41	7,54	6,10	4,96	5,47	4,15	1,05	3,00	1,14	2,80	1,41	3,19	5,12	1,45	1,57	1,67	0,54	5,30	4,32
Сексуальное поведение	3,71	3,58	6,94	6,26	6,80	6,52	5,54	4,39	2,50	3,27	0,91	1,71	0,76	1,92	0,72	0,22	1,14	0,81	0,67	0,13	0,54	5,75	3,62
Употребление наркотиков	6,18	5,95	7,70	7,80	7,64	7,89	6,79	6,51	2,93	4,19	1,24	2,14	1,03	2,93	1,50	1,03	2,33	1,32	1,49	1,27	1,02	5,97	4,97
Медицинская активность	4,70	4,26	6,18	8,46	6,24	6,99	4,63	2,53	2,96	3,80	1,52	2,27	2,02	4,05	2,07	1,24	1,11	1,26	2,05	0,99	2,22	3,75	3,98
Обеспеченность жильём, в том числе санитарно-гигиеническими условиями	6,99	6,41	3,57	4,13	3,20	3,32	2,86	1,98	3,03	4,09	7,11	2,72	2,84	5,12	1,41	6,35	3,66	1,65	1,54	2,14	1,63	1,98	2,75
Условия работы, в том числе санитарно-гигиенические	6,82	5,55	4,21	6,52	4,59	5,66	2,81	2,74	1,33	3,78	4,19	3,48	3,58	4,28	2,70	6,79	3,55	2,29	2,81	5,34	2,63	3,42	4,52

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Организация охраны труда	6,54	5,78	4,53	5,61	4,53	5,63	3,24	2,84	1,26	3,60	3,63	3,63	4,45	4,10	2,98	6,66	4,45	2,72	3,21	7,13	2,60	2,49	4,39
Доступность услуг, в том числе функционирование сети обслуживания жилого фонда	7,18	6,20	4,92	3,98	3,44	1,98	2,52	2,26	0,97	3,21	6,24	2,67	3,03	4,84	1,64	5,02	2,48	1,41	2,68	2,14	1,50	1,52	2,61
Доступность необходимого уровня комфорта	5,99	5,02	4,08	3,89	3,79	2,54	2,39	1,91	1,04	3,27	5,33	2,95	3,34	5,24	2,27	1,46	1,24	2,23	6,03	2,57	1,72	2,86	3,41
Возможности получения образования	6,36	5,58	4,12	3,77	7,06	3,36	3,28	2,59	2,47	3,16	1,62	2,15	2,26	5,68	2,02	1,00	2,32	1,51	2,43	4,23	1,40	3,81	2,26
Транспортное обеспечение, в частности, состояние дорожно-транспортной сети и функционирование системы личного и общественного транспорта	7,34	6,73	4,60	2,44	2,65	1,75	2,92	3,44	0,96	2,39	3,00	2,26	3,24	4,35	2,36	1,85	5,48	2,61	7,78	0,15	1,41	1,82	3,20
Устройство территории	7,67	6,70	4,73	3,67	3,50	2,33	3,68	2,61	0,99	3,24	5,26	4,72	3,40	4,55	2,40	5,79	4,68	2,18	5,98	1,08	1,95	2,71	3,54
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	7,60	7,31	5,31	5,72	3,77	5,64	4,22	3,34	4,63	7,19	2,26	1,81	2,93	4,87	2,15	0,83	3,90	1,75	3,20	6,66	1,44	2,57	3,79
Ответственность власти за действия и справедливость в отношении здоровья населения	7,22	7,06	5,54	6,43	3,96	4,89	4,20	5,28	5,59	4,31	2,05	2,83	2,47	3,72	2,55	4,45	4,87	1,71	2,36	5,33	2,00	2,76	3,40
Общие социально-экономические условия, в том числе финансирование мер по воздействию на социальные детерминанты здоровья и обеспечение справедливости в отношении здоровья для всех	7,32	7,18	5,25	6,40	4,31	5,71	3,55	3,61	3,03	5,27	2,95	3,24	2,86	5,15	2,18	2,65	5,56	1,78	2,80	4,33	2,04	2,97	3,45
Участие населения в разработке связанных с политикой повесток дня и принятии решений, связанных со здоровьем	5,91	5,60	5,68	4,93	3,81	5,13	4,46	2,20	4,65	3,58	1,86	2,53	2,19	2,20	1,48	1,24	1,32	0,83	1,21	0,79	1,30	2,52	2,68
Климат	1,28	1,20	1,50	1,71	1,49	1,18	0,62	0,64	0,29	0,77	1,66	3,77	2,82	1,28	2,60	0,00	1,15	2,42	2,16	0,00	1,48	1,20	1,89
Погода	1,13	0,82	1,35	1,54	1,23	1,38	0,85	0,57	0,26	0,77	1,47	3,24	2,30	1,40	1,78	0,00	0,24	2,11	1,97	0,00	1,48	0,85	1,37

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Экологическая обстановка	5,79	5,32	4,54	4,46	3,56	3,29	3,94	2,15	0,87	1,80	3,64	5,89	5,61	3,00	4,20	8,57	6,68	4,30	4,07	1,88	3,05	2,39	3,54
Работа средств массовой информации, в частности по вопросам гигиенического обучения и воспитания населения, пропаганды здорового образа жизни	6,08	5,38	8,32	6,62	5,75	6,32	5,05	2,84	3,12	3,40	1,73	2,55	1,95	2,79	1,83	5,55	3,54	1,50	1,65	3,33	1,66	3,66	3,00
Состояние общественной безопасности и правопорядка	6,93	6,16	5,48	3,12	4,05	2,48	4,39	8,16	4,46	2,65	1,39	1,89	1,60	2,49	1,43	2,05	3,55	1,30	1,78	2,89	1,47	2,91	4,31
Род занятий, в том числе положение в общественной иерархии	4,31	3,60	3,35	2,79	3,72	2,41	2,57	2,44	3,12	2,62	1,13	1,19	1,43	3,67	1,35	1,68	3,54	1,04	1,04	2,44	0,91	2,77	1,75
Уровень дохода	6,23	6,30	3,00	3,10	3,87	1,98	1,04	1,48	4,76	2,47	1,38	1,41	3,05	5,71	2,49	1,67	5,11	1,46	1,37	5,46	1,04	2,05	1,50
Место проживания	4,94	4,48	3,04	3,12	2,71	1,74	1,04	1,17	3,51	1,54	2,75	1,96	2,18	3,03	1,60	4,12	4,13	1,02	1,78	4,28	0,78	1,48	1,82
Условия найма на работу и обеспечения достойной работой	6,20	5,61	3,90	3,10	3,78	2,27	2,46	2,59	2,55	3,10	2,23	1,57	3,64	3,67	2,66	0,45	3,90	1,24	2,09	7,66	1,56	2,25	2,20
Социальная изоляция, прежде всего иммигрантов, национальных меньшинств, иностранных рабочих и беженцев, их детей (особая группа риска)	6,47	6,19	4,85	3,59	3,47	2,92	3,10	5,39	0,84	3,13	1,37	1,04	1,40	1,82	1,45	0,90	4,27	0,73	1,02	9,12	0,70	2,05	2,56
Наследственность	1,68	1,58	2,78	6,15	3,37	3,35	1,47	0,93	0,88	1,61	0,60	3,39	2,14	2,14	2,02	0,12	3,66	1,64	0,84	0,15	1,44	1,92	2,18
Пол	0,88	1,02	1,34	2,57	1,69	3,03	0,52	0,79	0,49	0,98	0,69	0,63	0,65	1,07	0,65	0,13	2,23	0,59	0,46	0,14	0,46	1,03	1,11
Возраст	2,58	2,47	2,09	3,90	2,92	4,52	1,03	1,05	0,66	2,07	1,00	1,75	1,60	1,45	1,26	0,12	3,44	0,82	1,05	0,04	0,71	1,72	1,80
Индивидуально-психологические особенности личности	3,09	2,51	4,76	5,31	6,37	6,10	3,97	3,03	2,95	3,69	1,81	2,32	1,62	2,62	1,61	0,12	0,00	1,72	2,12	0,00	1,54	5,73	3,12
Уровень образования	5,68	5,09	6,54	5,39	8,66	4,43	4,24	2,84	4,76	4,16	1,93	2,18	2,04	4,20	2,11	2,24	3,57	1,55	2,16	4,56	1,91	5,53	2,80
Уровень культуры	6,52	5,79	7,42	5,37	7,84	4,91	4,61	3,00	2,55	3,98	1,84	2,33	2,05	3,90	1,96	0,23	1,54	1,48	1,89	1,21	1,47	6,76	2,63
Система взаимоотношений между людьми, в том числе в семье, с друзьями, ближайшим окружением, сослуживцами, помощь членов общества друг другу в неблагоприятных ситуациях	4,16	3,84	6,25	4,69	6,93	5,29	4,90	4,39	3,59	4,48	2,61	2,02	1,95	3,66	2,11	0,12	0,54	2,11	2,39	2,13	1,75	4,96	3,40
Медицинское обслуживание – работа органов и учреждений здравоохранения	7,22	6,46	5,20	8,36	4,38	3,18	3,77	2,77	4,76	4,47	2,21	2,39	2,89	5,34	2,66	6,36	4,35	1,60	2,95	3,36	1,93	2,97	3,95

Представляло интерес сравнить значимое влияние основных заинтересованных секторов по соответствующему количеству «охваченных» ими детерминант здоровья. Условно за «пограничную» значимость была принята оценка в 6,0 баллов и более. В таком контексте наиболее значимыми секторами оказались: «губернатор (аппарат губернатора)» – так влияет на 19 детерминант здоровья; «здравоохранение» (13); «образование» (11), «информация и печать» (10) «региональный парламент» (7), «молодёжная политика, физическая подготовка, спорт и туризм» (7), «Роспотребнадзор» (6).

На рис. 4.8 представлена характеристика влияния пяти заинтересованных в охране здоровья секторов на детерминанты здоровья.

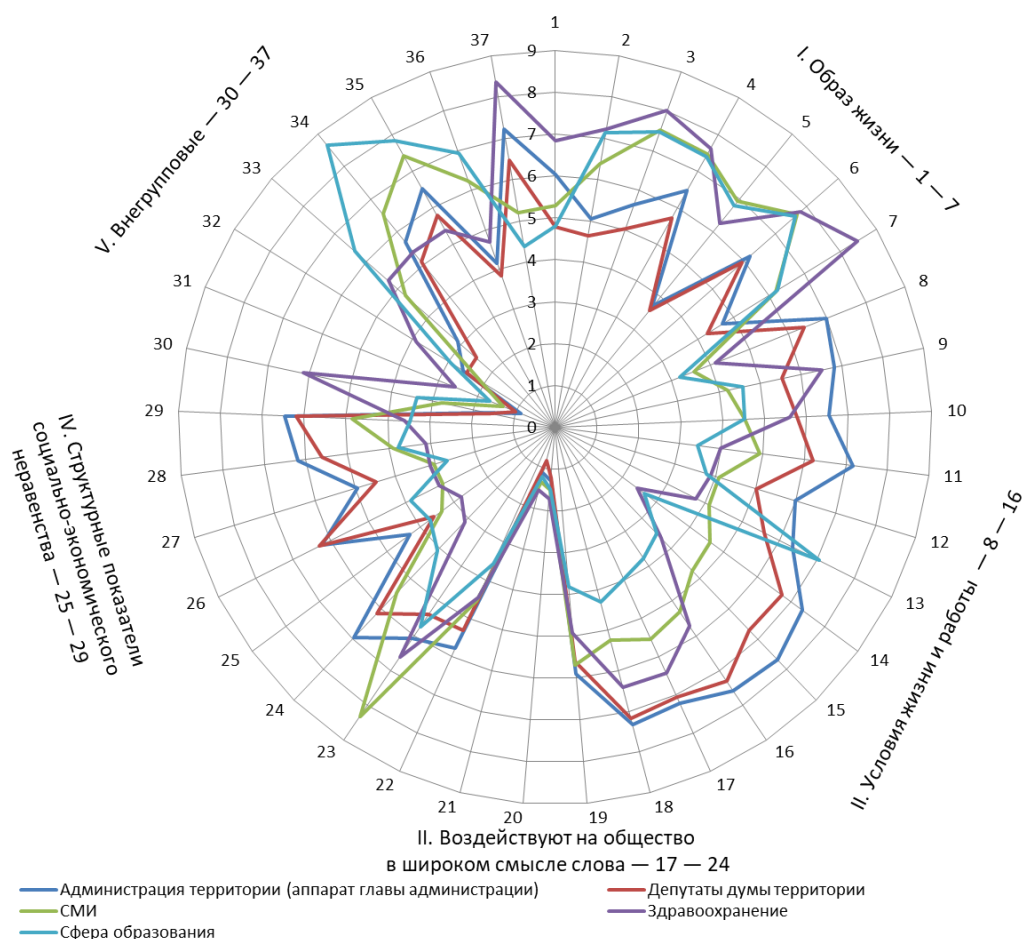


Рисунок 4.8 – Влияние наиболее заинтересованных в охране здоровья секторов на детерминанты здоровья (обозначение детерминант по данным таблицы 4.10), балл

Данные, представленные на рис. 4.8, дают возможность определить, какие секторы наиболее значимо влияют на определённые детерминанты здоровья, что может быть использовано в практике охраны здоровья населения.

Для решения практических задач по формированию специальных программ, направленных на охрану здоровья населения, могут быть использованы как перечень секторов, которые могут воздействовать на отдельную детерминанту, так и данные, количественно характеризующие влияние конкретного сектора на каждую из детерминант здоровья. При этом, выбрав детерминанты, на которые данный сектор может значимо повлиять, мы тем самым определяем перечень возможных направлений его деятельности по охране здоровья населения.

4.5 Межсекторальное взаимодействие по охране здоровья населения: компетентностный подход к изучению

Результаты исследования положений федерального государственного образовательного стандарта, утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 26 августа 2014 г. № 1114 по специальности 31.08.1971 г. «организация здравоохранения и общественное здоровье (уровень подготовки кадров высшей квалификации)» и профессионального стандарта «специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья», введенного в действие приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации 7 ноября 2017 г., а также разрабатываемых на их базе учебно-методические материалы организационных кафедр Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского показали, показали, что в них вопросы охраны здоровья населения представлены, но соответствующего межсекторального взаимодействия непосредственно не касаются.

Именно поэтому данный раздел посвящён обоснованию компетенций и позиций их сформированности по рубрикам «знать», «уметь» и «владеть» для осуществления руководителями здравоохранения межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения.

Относительно изучения руководителями здравоохранения межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения установлены одна универсальная и пять профессиональных компетенций и их значимость по 10-балльной шкале (рис. 4.9).

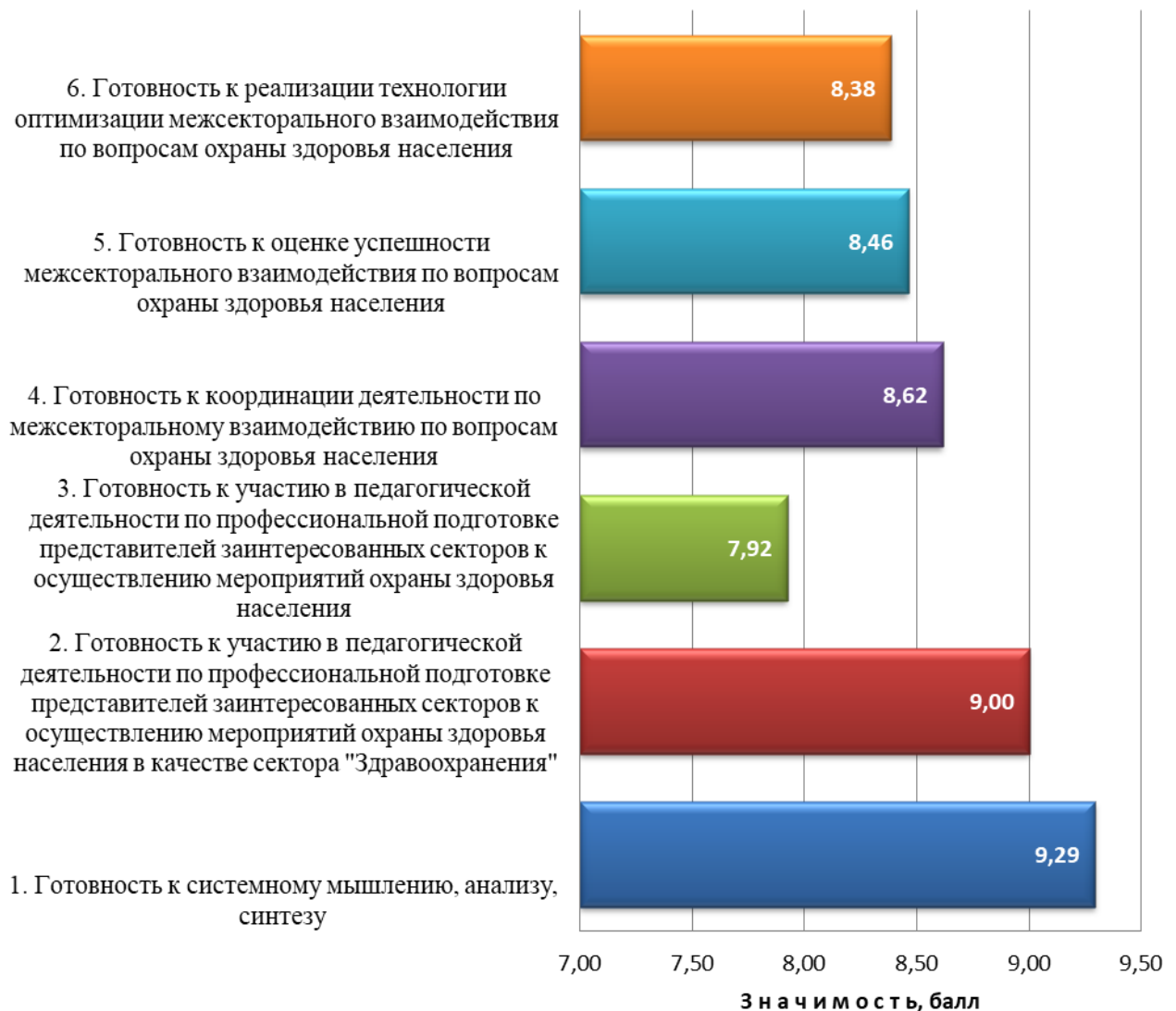


Рисунок 4.9 – Значимость компетенций, которыми должны владеть руководители здравоохранения для осуществления межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения, балл

Видно, что все компетенции, представленные на рис. 4.9, достаточно значимы для руководителей здравоохранения – «имеют существенное и важное значение». При этом наиболее значимы ($p \leq 0,05$) универсальная компетенция «Готовность к системному мышлению, анализу, синтезу» (№ 1) – 9,29 балла и профессиональная компетенция «Готовность к осуществлению комплекса

мероприятий медицинского характера по охране здоровья населения в качестве сектора «здравоохранение» (№ 2) – 9,00 балла и в меньшей степени – «готовность к участию в педагогической деятельности по профессиональной подготовке представителей заинтересованных секторов к осуществлению мероприятий охраны здоровья населения» (№ 3) – 7,92 балла ($p \leq 0,05$).

В ходе выполнения исследования экспертами были определены 32 позиции, которые характеризуют сформированность рассматриваемых компетенций, необходимых руководителям здравоохранения, по рубрикам: «знать» – 12; «уметь» – 11 и «владеть» – 9, и их значимость (табл. 4.12).

Таблица 4.12 – Значимость позиций сформированности компетенций, необходимых руководителям здравоохранения, по рубрикам: «знать», «уметь» и «владеть», балл

Позиции	Балл
рубрики «знать»	
1. Положения теории систем, в том числе варианты системного подхода	8,54
2. Цели и задачи межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения, положения нормативной правовой базы, их регламентирующие	8,92
3. Характеристики социальной модели здоровья, предполагающей: формирование политики здоровья, то есть согласованной политики деятельности всех секторов общества в интересах здоровья, основанной, на социальных детерминантах; развитие межсекторального партнерства и подготовку совместных стратегических планов укрепления здоровья; вовлечение сообществ (общественности, трудовых коллективов, групп населения)	8,62
4. Показатели общественного здоровья	8,92
5. Перечень и значимость детерминант здоровья, влияние на них заинтересованных секторов	9,08
6. Перечень и значимость заинтересованных в охране здоровья секторов государства и общества, направления и силу их взаимодействия, положение о доминирующей роли сектора «здравоохранение», координационном центре межсекторального взаимодействия территории	8,62
7. Психолого-педагогические основы проведения занятий по профессиональной подготовке представителей заинтересованных секторов к осуществлению мероприятий охраны здоровья населения	7,92
8. Показатели оценки успешности межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения, значимость влияния на них заинтересованных секторов	8,08
9. Принципы и возможные направления оптимизации межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения	8,54
10. Основы медико-социальной экспертизы разрабатываемых или принимаемых социально-экономических и технических планов, проектов и программ	8,15
11. Основы проведения мероприятий медицинского характера по охране здоровья населения	8,46
12. Основы организации проведения научно-практических исследований	8,08

Позиции	Балл
проблемы межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения	
рубрики «уметь»	
1. Реализовать в своей деятельности положения теории систем, принципы изоморфизма, иерархии и мультипараметрического взаимодействия, решать задачи системного анализа и синтеза	8,15
2. Использовать положения нормативной правовой базы организации межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения в своей деятельности	9,31
3. Оценивать медико-демографическую ситуацию на территории	8,92
4. Проводить анализ детерминант здоровья	8,69
5. Конструировать способ оценки успешности межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения	8,00
6. Определять направления оптимизации межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения	8,69
7. Формировать обоснованные программы в области охраны здоровья населения, объединяющие действия всех заинтересованных секторов	8,92
8. Анализировать показатели, применяемые при осуществлении медико-социальной экспертизы социально-экономических и технических планов, проектов и программ	8,42
9. Принимать эффективные решения о проведении мероприятий медицинского характера по охране здоровья населения	8,42
10. Применять психолого-педагогические методы профессиональной подготовки представителей заинтересованных секторов к осуществлению мероприятий охраны здоровья населения	7,84
11. Применять методы научно-практического исследования проблемы межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения	8,47
рубрики «владеть»	
1. Навыками применения положений системного подхода при организации межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения	8,47
2. Навыками использования результатов оценки медико-демографической ситуации на территории для решения задач межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения	9,08
3. Навыками оценки успешности межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения, деятельности заинтересованных секторов	8,87
4. Навыками реализации технологии оптимизации межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения	8,59
5. Навыками организации проведения мероприятий медицинского характера по охране здоровья населения	8,42
6. Навыками координации деятельности заинтересованных в охране здоровья населения секторов, формирования обоснованных политических направлений и программ в области охраны здоровья населения, объединяющих действия всех заинтересованных секторов	8,50
7. Навыками осуществления медико-социальной экспертизы разрабатываемых или принимаемых социально-экономических и технических планов, проектов и программ	8,37
8. Навыками организации проведения профессиональной подготовки представителей заинтересованных секторов к осуществлению мероприятий охраны здоровья населения	8,11
9. Навыками организации проведения и внедрения результатов научно-	8,08

Позиции	Балл
практических исследований по проблеме межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения	

Из данных, представленных в табл. 4.12, следует, что по рубрике «знать» наиболее значимы позиции № 2 «Цели и задачи межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения, положения нормативной правовой базы, их регламентирующие», № 4 «Показатели общественного здоровья» и № 5 «Перечень и значимость детерминант здоровья, влияние на них заинтересованных секторов», по рубрике «уметь» – № 2 «Использовать положения нормативной правовой базы организации межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения в своей деятельности», № 3 «Оценивать медико-демографическую ситуацию на территории» и № 7 «Формировать обоснованные программы в области охраны здоровья населения, объединяющие действия всех заинтересованных секторов», по рубрике «владеть» – № 2 «Навыками оценки успешности межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения, деятельности заинтересованных секторов» и № 3 «Навыками оценки успешности межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения, деятельности заинтересованных секторов». Остальные позиции также достаточно значимы, однако в меньшей степени ($p \leq 0,05$).

Таким образом, результаты исследования позволили обосновать компетенции и позиции их сформированности по рубрикам «знать», «уметь» и «владеть» (или «необходимые знания», «необходимые умения» и «трудовые действия») для изучения руководителями здравоохранения важной и актуальной проблемы межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения.

* * *

Результаты исследования, представленные в данной главе, во-первых, свидетельствуют о преимуществах межсекторального взаимодействия по охране

здоровья населения над традиционной системой, когда за решение вопросов рассматриваемой проблемы в основном отвечают медицинские работники.

Во-вторых, дали возможность определить заинтересованные секторы (их значимость и удельный вес деятельности, взаимосвязь), значимость и структуру мер политического, экономического, медицинского и другого характера, широкий спектр детерминант здоровья, возможное влияние секторов на детерминанты.

В-третьих, позволили обосновать компетенции и позиции их сформированности по рубрикам «знать», «уметь» и «владеть» (или «необходимые знания», «необходимые умения» и «трудовые действия») как для первичной переподготовки и повышения квалификации руководителей здравоохранения, так и практического осуществления межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения, в том числе осуществления профессиональной подготовки ответственных исполнителей других заинтересованных секторов.

ГЛАВА 5 РАЗРАБОТКА КРИТЕРИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО АППАРАТА ОЦЕНКИ УСПЕШНОСТИ МЕЖСЕКТОРАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

5.1 Конструирование многовекторного способа оценки успешности межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения

Анализ литературы свидетельствует о том, что оптимизация любого процесса, в том числе в области охраны здоровья населения, возможна на базе оценки его успешности. При этом использование оценочных процедур в рассматриваемой проблемной области ограничивается выявлением влияния на здоровье отдельных заявок, программ, которые осуществляются рядом секторов государства, общества.

Представлялось перспективным сконструировать критериально-диагностический аппарат – интегральный способ текущей оценки межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения в конкретном территориальном образовании, в том числе в субъекте Российской Федерации.

Теоретико-методологический анализ литературы, а также полученные результаты собственных исследований (анонимное анкетирование руководителей здравоохранения) позволили сделать заключение о том, что способ оценки межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения может быть сконструирован на базе теории систем и принятия решений и должен соответствовать следующим десяти требованиям:

- иметь чёткую и конкретную межсекторальную основу – учитывать результаты соответствующей деятельности всех заинтересованных секторов, к процессу оценки привлекать их представителей и добиваться их взаимодействия;
- носить междисциплинарный характер – с учетом сложного и многопланового процесса охраны здоровья населения использовать знания, информацию и опыт самых разных дисциплин, широкий набор методов, методик и процедур;

- быть нацеленным на выявление неравенства в условиях для здоровья – недостаточно рассмотреть работу по охране здоровья сообщества в целом, важно оценить положение различных уязвимых групп;
- использовать количественные и качественные данные, не считая одни важнее других, так как они обеспечивают оценку различными типами информации;
- носить системный характер и производить оценку не отдельных самостоятельных показателей, а функционирования всей системы работы по охране здоровья населения;
- иметь чёткую градацию и достаточно подробное описание каждого информативного показателя, например, его высокого, среднего, низкого уровней, с переводом в баллы;
- разделять информативные показатели по степени важности в отношении результата межсекторального взаимодействия (системообразующего фактора) – для каждого определять коэффициент значимости;
- осуществлять интегральную оценку на основании сравнения с обоснованными модельными вариантами («отлично», «хорошо» и т.д.);
- представлять показатели, которые послужили причиной выставления той или иной интегральной оценки, в том числе показывать, как повлияло на здоровье принятие тех или иных решений, то есть давать возможность определять целенаправленные корректирующие мероприятия;
- определять итоговую оценку с помощью машинной программы, доступной неподготовленному пользователю, позволяющей проводить сравнительную оценку любого числа территориальных образований.

В работе реализованы положения теории функциональных систем, в частности, принцип изоморфизма, – рассматривалась функциональная система межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения, все стадии её функционирования (афферентный синтез, принятие решения, эфферентный синтез, обратная афферентация) и их составляющие (пусковой стимул, мотивация

и т.д.). Это позволило установить 38 информативных векторов оценки рассматриваемого процесса (табл. 5.1).

Таблица 5.1 – Информативные векторы и критерии оценки межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения *

№ п/п	Векторы
1	Ответственность за действия и справедливость в отношении здоровья населения
2	Знание руководителями заинтересованных структур целей, задач и положений межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения
3	Знание руководством заинтересованных структур и ответственными исполнителями реальных условий, в которых осуществляется межсекторальное взаимодействие по охране здоровья населения
4	Кадровая политика в отношении межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения
5	Уровень профессиональной подготовленности руководителей заинтересованных структур в области охраны здоровья населения
6	Мотивация руководителей заинтересованных структур на организацию межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения
7	Способность руководителей заинтересованных структур принимать решения на организацию межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения
8	Представление руководителей заинтересованных структур о результатах межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения
9	Планирование межсекторального взаимодействия
10	Состояние здоровья населения А) Медико-демографические процессы Б) Заболеваемость В) Инвалидность Г) Физическое развитие
11	Укрепление репродуктивного здоровья населения и рост рождаемости А) Разработка социальных стандартов и правовых актов, обеспечивающих систему льгот и гарантий при рождении и воспитании детей Б) Проведение социальной политики формирования в детской и молодежной среде системы общественных и личностных ценностей с ориентацией на семью с несколькими детьми В) Развитие системы медико-психологической помощи семье Г) Обеспечение работников, имеющих детей, благоприятными условиями для сочетания трудовой деятельности с выполнением семейных обязанностей Д) Создание фонда «Многодетная семья» Е) Функционирование и развитие центров и клубов молодой семьи, центров планирования семьи и репродукции, социальных служб для молодежи Ж) Разработка и реализация программ обеспечения молодых семей достойными жилищными условиями при рождении ими детей З). Осуществление медицинской профилактики и охраны репродуктивного здоровья женщин и мужчин И) Функционирование системы детского питания К) Проведение социальной политики по отношению к мигрантам

№ п/п	Векторы
12	Обеспечение раннего развития детей (и подростков) А) Разработка и реализация механизма последовательной политики в отношении раннего этапа развития детей Б) Обеспечение матерей и других лиц, осуществляющих уход за детьми, комплексным пакетом качественных программ и услуг по раннему периоду развития ребенка В) Обеспечение качественного обязательного начального и среднего образования Г) Выявление факторов, препятствующих поступлению в школу и продолжению в ней обучения, и осуществление целенаправленной работы по их устранению Д) Осуществление целенаправленного анализа заболеваемости и смертности детей и подростков от управляемых причин Е) Создание благоприятной для здоровья детей и подростков окружающей среды Ж) Обеспечение детей и подростков в школьных и дошкольных учреждениях горячим питанием З) Создание благоприятной окружающей среды для становления личности детей и подростков И) Развитие целостных систем дошкольной и школьной медицины, психологии и педагогики, направленных на сохранение и укрепление физического здоровья, формирование мотивации к ведению здорового образа жизни, медицинской грамотности
13	Улучшение повседневных условий жизни населения А) Проведение социальной политики по оптимизации среды проживания населения Б) Создание подробной классификации жилищного фонда по физическому и моральному износу В) Разработка программ реконструкции и модернизации существующего жилищного фонда Г) Реализация федеральных программ по обеспечению жильем льготных категорий граждан Д) Осуществление жилищного обеспечения очередников Е) Выявление жилищных потребностей различных социальных групп Ж) Создание государственной и коммерческой сетей обслуживания жилого фонда З) Мониторинг состояния и эффективность функционирования дорожно-транспортной сети территории И) Обеспечение улучшения повседневных условий жизни населения
14	Обеспечение справедливости в отношении здоровья между жителями сельской и городской местности
15	Обеспечение справедливых условий найма и достойной работы, социальных гарантий и охраны труда А) Реализация справедливых условий найма и достойной работы Б) Разработка и внедрение экономических механизмов повышения ответственности работодателей за соблюдение социальных гарантий и улучшения системы охраны труда В) Функционирование системы обязательного социального страхования Г) Осуществление системы профилактической работы среди занятых на производстве и других сферах деятельности Д) Проведение инвентаризации и аттестации рабочих мест Е) Реализация программ ликвидации или переоснащения опасных для здоровья рабочих мест Ж) Роль профсоюзных организаций в укреплении обеспечения социальных гарантий и охраны труда
16	Обеспечение социальной защиты в течение всей жизни

№ п/п	Векторы
17	Обеспечение здорового рациона питания населения А) Реализация стратегий по содействию здоровому рациону питания Б) Информирование и проведение мероприятий по повышению грамотности населения в отношении вопросов здорового питания В) Подготовка информации для потребителей с учетом уровней грамотности, коммуникационных барьеров и местной культуры Г) Формирование новых поведенческих навыков в области здорового питания Д) Осуществление сельскохозяйственной и продовольственной политик Е) Формирование цен на продукты питания с целью поощрения здорового питания Ж) Реализация продовольственных программ обеспечения продовольствием групп населения с особыми потребностями З) Улучшение питательных качеств и повышение безопасности пищевых продуктов в общественных и государственных учреждениях И) Действия по профилактике алиментарно-зависимых заболеваний К) Осуществление мониторинга состояния питания Л) Реализация программ профилактики острых кишечных инфекций (ОКИ) в различных возрастных и социально-экономических группах М) Коррекция региональных норм физиологических потребностей в основных пищевых веществах и энергии для отдельных групп населения, с учетом состояния их здоровья, климато-географических, экологических и этнических особенностей региона
18	Обеспечение физической активности населения А) Реализация стратегий, содержащих описание мер для содействия надлежащей физической активности, необходимых для профилактики болезней и укрепления здоровья населения Б) Проведение многоуровневых общественных и коммуникационных кампаний, направленных на повышение уровня образования и информированности по вопросам обеспечения физической активности населения В) Проведение медицинским персоналом профилактических мероприятий, направленных на повышение уровня физической активности Г) Политика администрации по внедрению физической активности в широкие слои населения Д) Развитие безопасных спортивных сооружений и мест массового отдыха, Е) Осуществление доступа к спортивным сооружениям и местам массового отдыха Ж) Реализация организациями системы образования, госорганами, бизнес-структурами и неправительственными организациями мер, направленных на повышение физической активности З) Состояние корпоративной социальной ответственности работодателей в вопросах обеспечения работников предприятий и организаций физкультурно-оздоровительными и спортивными услугами И) Состояние индустрии услуг физической культуры и спорта для осуществления физической рекреации и реабилитации различных групп населения
19	Борьба с наркотиками, алкоголем, табакокурением А) Установление фактических масштабов распространения наркотиков, алкоголизма и табакокурения Б) Разработка и реализация в учебных заведениях программы профилактики курения, потребления алкоголя, различных наркотических и психоактивных веществ детьми, подростками, молодыми людьми В) Создание социально неприемлемого имиджа употребления алкоголя, табакокурения, наркомании в обществе

№ п/п	Векторы
	Г) Создание единой сети центров профилактики наркозависимости и формирование групп волонтеров по борьбе с наркоманией Д) Осуществление мер, направленных на ограничение рекламы курения, пива и других алкогольных напитков, развитие антирекламы Е) Осуществление экономических мер, направленных на борьбу с наркотиками, алкоголем и табакокурением Ж) Осуществление защиты прав некурящих на чистый воздух З) Организация системы медико-психологической помощи желающим бросить курить, употреблять алкоголь, наркотики И) Осуществление таможенных мер, направленных на борьбу с наркотиками, алкоголем и табакокурением
20	Обеспечение дорожно-транспортной безопасности А) Разработка и внедрение информационно-аналитической системы учёта дорожно-транспортных происшествий Б) Осуществление работы по созданию современной безопасной дорожно-транспортной сети В) Разработка и внедрение комплексной программы информационной работы, направленной на формирование среди участников дорожного движения стереотипов законопослушного поведения и негативного отношения к правонарушениям в сфере дорожного движения. Г) Проведение мероприятий по профилактике дорожно-транспортного травматизма Д) Проведение мероприятий по оказанию помощи лицам, пострадавшим в результате ДТП
21	Борьба с социально обусловленными (значимыми) заболеваниями (туберкулёзом, ВИЧ-инфекцией, ЗППП и др.)
22	Обеспечение всеобщего доступа к медицинской помощи А) Реализация принципов профилактики болезней и укрепления здоровья при функционировании системы оказания медицинской помощи населению Б) Обеспечение принципов справедливости и всеобщего охвата медицинской помощью В) Оснащение лечебно-профилактических учреждений современной медицинской техникой и оборудованием Г) Проведение диспансеризации населения Д) Закупка сертифицированных лекарственных средств Е) Качество предоставляемой населению медицинской помощи Ж) Экспертиза качества предоставляемой населению медицинской помощи З) Совершенствование медицинской помощи населению
23	Проведение иммунизации населения
24	Поддержание благоприятной санитарно-эпидемиологической обстановки
25	Пропаганда здорового образа жизни А) Формирование благоприятного для здоровья информационного пространства Б) Использование СМИ для пропаганды здоровья и здорового образа жизни В) Использование специализированных помещений для информирования населения о здоровом образе жизни Г) Функционирование школ здоровья Д) Издание методических пособий для работы по формированию здорового образа жизни
26	Финансирование мер по воздействию на социальные детерминанты здоровья и

№ п/п	Векторы
	обеспечение справедливости в отношении здоровья для всех
27	Функционирование частного сектора (рынка) и охрана здоровья населения А) Разъяснительная работа с коммерческими структурами о целесообразности и важности их участия в работе по охране здоровья населения Б) Осуществление контроля предоставления частным сектором базисных услуг, имеющих значение для здоровья и благополучия населения В) Состояние корпоративной подотчетности между частным сектором и общественными интересами
28	Обеспечение гендерной справедливости А) Разработка и реализация принципов гендерной политики Б) Учёт гендерных вопросов в основной деятельности заинтересованных секторов В) Деятельность заинтересованных секторов в отношении обеспечения сексуального и репродуктивного здоровья с позиций гендерного подхода
29	Предоставление политических полномочий в разработке повесток дня и принятии решений, связанных со здоровьем
30	Обеспечение общественной безопасности и правопорядка А) Анализ представительными и исполнительными органами состояния и характера преступности, выработка подходов к решению задач по её снижению и профилактике Б) Реализация программ предупреждения террористических актов, возрождение систем общественной охраны правопорядка, создание детских и молодежных объединений В) Противодействие показу в средствах массовой информации актов насилия, жестокости, распущенности и т.п. Г) Создание системы мониторинга и прогнозирования социальной напряженности Д) Работа Совета общественной безопасности
31	Защита населения от техногенных аварий и экстремальных явлений природы А) Функционирование системы мониторинга состояния потенциально опасных объектов на территории и прогнозирования чрезвычайных ситуаций Б) Формирование концепции безопасной жизни на территории В) Организация массового обучения жителей основам техники безопасности Г) Планирование действий на случай техногенных и природных катастроф Д) Осуществление контроля за исполнением нормативных территориальных актов по чрезвычайным ситуациям техногенного и природного характера Е) Функционирование комплексной системы информирования и оповещения о чрезвычайных ситуациях техногенного и природного характера в местах массового пребывания людей Ж) Разработка и реализация практических мер по повышению безопасности населения и защищенности критически важных объектов З) Развитие и совершенствование технических средств и технологий ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций
32	Природоохранная деятельность и стратегическое обеспечение экологической безопасности А) Состояние менталитета власти и населения в области охраны природы и природопользования Б) Наличие и состояние экологической карты территории по экосредам В) Планирование и финансирование природоохранных мероприятий Г) Формирование экологической инфраструктуры Д) Реализация мер в области экологической безопасности транспортных средств

№ п/п	Векторы
	Е) Реализация мероприятий в производственной сфере, направленных на оптимизацию отношений с окружающей средой Ж) Организация переработки твердых отходов З) Снижение воздействия на население радиоактивных природных и техногенных источников И) Наличие и реализация программы воспроизводства лесов, парков и единого массива природного каркаса территории К) Мониторинг и зонирование леса с выделением и оборудованием зон рекреации и покоя Л) Поддержание биологического разнообразия экосистем территории
33	Организация работы с призывным контингентом
34	Наличие фактических данных о состоянии здоровья населения, социальных детерминантах здоровья и способах их коррекции
35	Осуществление медико-социальной экспертизы социально-экономических и технических планов, проектов и программ
36	Научные исследования в области межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения
37	Организация отчетности
38	Осуществление оценки успешности межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения

Примечание: * – полужирным шрифтом выделены сложные векторы.

В данном случае использован термин «информативный вектор», так как очевидно, что часть перечисленных характеристик может, в свою очередь, быть описана ещё рядом показателей – теперь уже информативных критериев. Это позволило разделить 38 сформированных информативных векторов оценки межсекторального взаимодействия на простые – их 22 (каждый представляет собой один информативный критерий) и сложные (16), состоящие из ряда информативных критериев (от 3 до 12).

Простой информативный вектор и каждый информативный критерий сложного вектора имеют градацию – высокий, средний и низкий уровни. Так, например, градация такого информативных критерия как «Ответственность за действия и справедливость в отношении здоровья населения» – следующая:

- **Высокий уровень.** Установлена ответственность руководителей всех заинтересованных секторов, в том числе на самом высоком уровне администрации, за действия в области здоровья и справедливости в отношении здоровья. Здоровье и справедливость в отношении здоровья определены в

качестве основных показателей эффективности работы при реализации всех политических и программных функций. Доминирующая роль в поддержке подхода, основанного на социальных детерминантах здоровья и справедливости в отношении здоровья, принадлежит руководству здравоохранения.

- Средний уровень. Ответственность руководителей установлена, но здоровье и справедливость в отношении здоровья не определены в качестве основных показателей эффективности работы при реализации всех политических и программных функций.

- Низкий уровень. Не соответствует требованиям предыдущих уровней.

Описание градаций простых векторов и информативных критериев сложных векторов представлено в **Приложении 1**.

Конкретные векторы и критерии оцениваются отдельно и в различных единицах, поэтому с целью использования в дальнейшем формальных расчетов каждому уровню были присвоены балльные оценки (30 – высокому, 20 – среднему и 10 – низкому).

Не все векторы и критерии равнозначны с точки зрения их влияния на интегральный показатель, поэтому на основе экспертного опроса для каждого из них были установлены по известному методу попарных сравнений коэффициенты важности (Методы... 1997). Соблюдено условие – сумма коэффициентов равняется единице.

Кроме того, эксперты разделили все векторы на две группы: относительно более значимые и относительно менее значимые. Для этого были установлены пограничные коэффициенты значимости.

При этом к более значимым векторам отнесены 2–5, 7, 8, 10, 11, 13, 16, 19–22, 24–26, 31, 32, 34. Соответственно 1, 6, 9, 12, 14, 15, 17, 18, 23, 27–30, 33, 35–38 – менее значимые.

Так же были разделены и информативные критерии 16 сложных векторов. Так, в качестве более значимых признаны (подробное описание – «расшифровка

буквенных обозначений» градаций каждого вектора представлено в **Приложении 1**):

- 10-й вектор – А), В) информативные критерии;
- 11-й – А), Б), Ж), З), И);
- 12-й – А), Б), В), Е), З), И);
- 13-й – А), В), Г), З), И);
- 15-й – А), Б), В), Е),
- 17-й – А), Б), Д), З), И), Л);
- 18-й – А), Г), Д), Е), И);
- 19-й – Б), В), Д), Е), Ж);
- 20-й – А), Б), В);
- 22-й – Б), В), Е), З);
- 25-й – А), Б), Г);
- 27-й – А), Б);
- 28-й – Б), В);
- 30-й – А), Б), В);
- 31-й – А), Г), Е), З);
- 32-й – А), В), Ж), З), И).

Остальные – менее значимые.

Этот методический подход позволил обосновать так называемые «модельные варианты» оценки успешности межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения в территориальном образовании («отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно»), которые были представлены в разделе 1.3.

Естественно, что необходимо предварительно (до многовекторной оценки) оценить каждый сложный вектор. Такая оценка каждого сложного вектора осуществляется с реализацией тех же модельных вариантов, но путём анализа уже 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.

В исследовании обоснована возможность автоматизации сконструированного способа. Этому посвящён следующий раздел.

5.2 Автоматизация способа многовекторной оценки успешности межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения

В ходе выполнения работы проанализирована возможность реализации ряда вариантов автоматизации сконструированного способа оценки успешности межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения, например, метода теории принятия решений, предложенного В.В. Сафроновым (1995; 1996; 2000), однако он базируется на достаточно сложном математическом аппарате.

Наиболее приемлемым вариантом автоматизации является адаптирование к предмету настоящего исследования системной программы «1С: Предприятие» (технологическая платформа 8.2).

Действительно, программа «1С: Предприятие» является универсальной системой автоматизации различных видов деятельности, поэтому система «приспосабливается» к их особенностям. Для обозначения такой способности используется термин конфигурируемость, то есть возможность настройки системы на особенности конкретной организации и класса решаемых задач. Это достигается благодаря тому, что «1С: Предприятие» – это не просто программа, существующая в виде набора неизменяемых файлов, а совокупность различных программных инструментов, с которыми работают разработчики и пользователи. Логически всю систему можно разделить на две большие части, которые тесно взаимодействуют друг с другом: конфигурацию и платформу, которая управляет работой конфигурации.

Взаимодействие этих частей системы можно сравнить с проигрывателем компакт-дисков. Сам по себе проигрыватель совершенно бесполезен без компакт-диска и наоборот. Платформа является своеобразным «проигрывателем», а

конфигурация – «компакт-диск». Платформа обеспечивает работу конфигурации и позволяет вносить в нее изменения или создавать собственную конфигурацию. Существует одна платформа («1С: Предприятие 8») и множество конфигураций. Для функционирования какого-либо прикладного решения всегда необходима платформа и какая-либо (одна) конфигурация.

«1С: Предприятие» имеет различные режимы работы: «1С: Предприятие» и «Конфигуратор».

Режим «1С: Предприятие» является основным и служит для работы пользователей системы. В этом режиме пользователи вносят данные, обрабатывают их и получают выходные результаты.

Режим «Конфигуратор» используется разработчиками и администраторами информационных баз. Именно этот режим и предоставляет инструменты, необходимые для модификации существующей или создания новой конфигурации.

На этапе создания конфигурации осуществляются:

- описание структуры данных в конфигураторе;
- манипулирование данными с помощью объектов встроенного языка;
- составление запросов к данным с использованием языка запросов.

Конфигурация включает:

- структуры учетных данных, их форм ввода, выбора, печати;
- состав механизмов учета итоговых данных и движений учетных данных;
- состав различных отчетов и обработок;
- набор пользовательских интерфейсов;
- набор ролей (прав доступа);
- набор общих процедур и функций;
- вспомогательные объекты (картинки, шаблоны, стили).

На базе «1С: Предприятие 8» была разработана конфигурация, позволяющая автоматизировать способ многовекторной оценки успешности межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения.

Прикладное решение «Многовекторный анализ» было реализовано с использованием следующих объектов:

- константы;
- перечисления;
- справочники;
- документы;
- отчеты;
- регистры сведений.

Так, для хранения порога коэффициента важности векторов (делятся на относительно более и менее значимые) в конфигурации используется константа, то есть объект, значение которого либо не изменяется, либо изменяется редко.

Анализируемые объекты (межсекторальное взаимодействие в территориальных образованиях) и векторы хранятся в информационной базе в виде справочников (под справочником понимается список однородных элементов).

Критерии сложных векторов, характеристики векторов и характеристики критериев хранятся также в виде справочников. Список характеристик векторов и критериев сложных векторов уникален для каждого вектора, а список характеристик критериев уникален для каждого критерия. Уникальность обеспечивается за счет подчинения справочников. Справочники «Критерии» и «Характеристики векторов» подчинены справочнику «Векторы». Справочник «Характеристики критериев» подчинен справочнику «Критерии». При этом критерии сложных векторов делятся на более значимые и менее значимые относительно порогов коэффициента важности, который хранится отдельно для каждого вектора (является реквизитом вектора).

Для характеристики каждого вектора или критерия выбирается соответствующий уровень (градация) – высокий, средний и низкий. Градации определены на этапе разработки конфигурации и хранятся в предназначенном для подобных целей объекте – перечислении.

Для ввода данных в информационную базу предназначен документ «Анализ объекта». При создании нового документа его табличная часть заполняется данными из справочника «Векторы». Выводимые в табличную часть строки анализируются, и строки, содержащие векторы с высокой значимостью, выделяются другим цветом (для удобства пользователя). Пользователь только выбирает градацию для каждого из векторов.

Для простого вектора градация выбирается из списка (высокий, средний, низкий уровень), для сложного – с помощью документа «Анализ вектора». Документ «Анализ вектора» подчинён сложному вектору конкретной строки документа «Анализ объекта». Анализ каждого сложного вектора происходит в разрезе его критериев путём определения соответствующего уровня каждого критерия, то есть происходит многокритериальный анализ с выставлением интегральной оценки. Затем выставленная оценка переводится в соответствующий ей уровень сложного вектора («отлично» и «хорошо» – высокий уровень, «удовлетворительно» – средний, «неудовлетворительно» – низкий), который заполняется уже для вектора в табличной части документа «Анализ объекта». После того, как определена градация всех векторов (и простых, и сложных), происходит собственно многовекторный анализ с выставлением оценки успешности межсекторального взаимодействия в конкретном территориальном образовании.

Анализ данных и выставление оценки в документах «Анализ вектора» и «Анализ объекта» происходит по одному и тому же алгоритму. Разница только в том, что в документе «Анализ вектора» анализируется вектор на основе критериев и их уровней, а в документе «Анализ объекта» анализируется межсекторальное взаимодействие в территориальном образовании на основе векторов и их уровней.

Опишем алгоритм выставления оценки. Для простоты определимся с терминами:

Процент значимых высоких – процент векторов (критериев) с коэффициентом важности больше или равно порогу, которые набрали 30 баллов.

Причем процент считается от числа критериев с коэффициентом важности больше или равно порогу (а не от числа всех критериев).

Процент значимых средних – процент векторов (критериев) с коэффициентом важности больше или равно порогу, которые набрали 20 баллов.

Процент значимых низких – процент векторов (критериев) с коэффициентом важности больше или равно порогу, которые набрали 10 баллов.

Процент малозначимых высоких – процент векторов (критериев) с коэффициентом важности меньше порога, которые набрали 30 баллов. Причем процент считается от числа критериев с коэффициентом меньше порога (а не от числа всех критериев).

Процент малозначимых средних – процент векторов (критериев) с коэффициентом важности меньше порога, которые набрали 20 баллов.

Процент малозначимых низких – процент векторов (критериев) с коэффициентом важности меньше порога, которые набрали 10 баллов.

Используя описанную терминологию, алгоритм выставления оценки можно описать следующим образом:

1. Если процент значимых низких > 0 , то тогда оценка успешности = 2; Прерываем анализ.

2. Если процент малозначимых низких > 50 , то тогда оценка успешности = 2; Прерываем анализ.

3. Если процент значимых высоких = 100, то тогда:

3.1. Если процент малозначимых низких = 0, то тогда оценка успешности = 5;

3.2. Если процент малозначимых низких > 0 , то тогда оценка успешности = 3.

4. Если процент значимых высоких ≥ 50 и процент значимых высоких < 100 , то тогда:

4.1. Если процент малозначимых низких = 0, то тогда оценка успешности = 4;

4.2 Если процент малозначимых низких > 0 , то тогда оценка успешности = 3.

5. Если процент значимых высоких < 50 , то тогда оценка успешности = 3.

Оценка успешности, процент и абсолютное число векторов (критериев) с высокой и низкой значимостью хранятся как реквизиты документа «Анализ объекта» или «Анализ вектора» (объект реквизит в этом случае принадлежит объекту документ). При выводе информации об анализе на экран значения этих реквизитов записываются в табличный документ, использующий в качестве шаблона подготовленный в процессе разработки макет. Кроме того, делается запрос к табличной части документа, и в отчетную форму выводятся еще и векторы (критерии), непосредственно повлиявшие на выставление оценки. Например, если оценка «неудовлетворительно» была выставлена из-за того, что один из векторов (критериев) с высокой значимостью набрал 10 баллов, то в таблицу попадет именно он. Таким образом, сразу будет видно, на какие векторы (критерии) следует обратить внимание в первую очередь.

Документ «Анализ векторов» проводится. Информация об оценке и процент тех или иных векторов записываются при проведении в специально подготовленную необъектную таблицу – регистр сведений «Оценки объектов». Регистр сведений позволяет максимально эффективно хранить, обрабатывать и анализировать введенные в систему данные.

Для сравнения оценок различных объектов (или полученных одним и тем же объектом, но в разные периоды времени), используется отчет «Сравнение объектов». В процессе формирования этого отчета делается запрос к регистру сведений «Оценки объектов», и в подготовленную форму выводятся данные об оценках за интересующий пользователя промежуток времени. За счет использования механизма расшифровки отчет может быть детализирован с получением информации по каждому из документов «Анализ векторов». При дальнейшей детализации может быть открыт и сам документ.

Таким образом, 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.

Практическая оценка межсекторального взаимодействия достаточно проста и заключается в определении уровня каждого информативного вектора и критерия и введении данных в компьютер.

На первый взгляд, сконструированный критериально-диагностический аппарат (инструментарий) представляется громоздким и сложным. Однако практическая его реализация доступна неподготовленному пользователю любого уровня персонального компьютера. Необходимо только ввести в него уровень каждого информативного показателя. Остальные данные, необходимые для расчёта, уже есть в компьютерной программе: перечень информативных векторов и критериев и их градация с её подробным описанием и балльной шкалой; коэффициенты важности, в том числе пограничные; модельные варианты.

Несмотря на то, что этих показателей достаточно много (только информативных векторов 38, а сложные векторы включают еще информативные критерии), и это адекватно сложному и многоаспектному процессу как межсекторального взаимодействия, так и охраны здоровья, например, населения субъекта Российской Федерации, сам процесс оценки занимает не более 20 мин.

На выходе машина представляет интегральную оценку, а также показывает информативные показатели, её обусловившие. Если оценивается ряд объектов, то они располагаются по мере убывания или возрастания приоритета, что позволяет выбрать необходимое число лучших и худших.

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.

Открытый характер обуславливает ещё одно достоинство способа, которое заключается в том, что он может быть использован для оценки территориальных образований различного уровня.

Таким образом, автоматизация способа многовекторной оценки существенно облегчает работу пользователей и позволяет быстро и просто решать актуальные задачи межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения.

* * *

Результаты исследований, представленные в главе 5, дали возможность сконструировать критериально-диагностический аппарат оценки успешности межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения в субъекте Российской Федерации – разработан соответствующий многовекторный способ, автоматизированный на базе системной программы «1С: Предприятие». Такая оценка возможна путём определения простых и сложных информативных векторов, их градации, коэффициентов важности и модельных вариантов.

Существенным достоинством разработанного способа является то, что он позволяет провести анализ причин получения конкретной многовекторной оценки конкретным регионом, так как показывает, за счёт каких векторов или критериев она выставлена и соответственно дать целенаправленные рекомендации по оптимизации рассматриваемого межсекторального взаимодействия, обоснование технологии которой изложено в следующей главе.

ГЛАВА 6 ОПТИМИЗАЦИЯ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ МЕЖСЕКТОРАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПО ВОПРОСАМ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

6.1 Проектирование технологии оптимизации межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что оптимизация функционирования системы межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения требует перехода к профессиональному управлению, опирающемуся на современную теоретическую базу. Попытки решать проблемы охраны здоровья только на основе интуиции и здравого смысла, не опираясь на опыт, накопленный в других сферах, и игнорируя богатство управленческой культуры, по всей вероятности, приведут только к торможению развития рассматриваемой системы.

Прежде всего, были обоснованы принципы, определяющие оптимизацию функционирования системы межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения:

1. Принцип целенаправленности оптимизации

Реализация данного принципа подразумевает:

- обоснование и постановку реальных целей, заданных в рамках адекватного нормативного правового поля;
- соответствие целей определённым свойствам (конкретность, измеримость, временные рамки, ресурсное обеспечение, согласованность с другими целями, адресность, своевременность, контролируемость);
- необходимость реализации положения, в соответствии с которым управление целевой деятельностью системы межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения представляет собой совокупность директивных актов целенаправленного воздействия на объекты управления, основанных на анализе информации о них, позволяющей выявить соответствующие

рассогласования – проблемы; при этом оптимизация заключается в обосновании и выборе такого управленческого решения, которое является наилучшим с точки зрения эффективности реализации целей межсекторального взаимодействия;

– учёт территориальных особенностей иерархии (иерархической структуры) межсекторального взаимодействия, объединение интересов всех заинтересованных секторов, а также установление долевого участия, полномочий и ответственности с учётом баланса соблюдения целей каждого из них.

2. Принципы системного подхода

Предполагают отношение к межсекторальному взаимодействию как к кибернетической системе управления, так и к функциональной системе и реализацию трёх принципов:

– изоморфизма (все системы, независимо от уровня их организации и количества составляющих компонентов, имеют принципиально одну и ту же функциональную архитектуру) – учёт и умелое использование особенностей каждого из подходов (например, в случае с функциональной системой – каждой её стадии – афферентного синтеза, принятия решения, эфферентного синтеза, обратной афферентации) с охватом не только результатов межсекторального взаимодействия, но и вопросов организации этого процесса (знание положений руководящих документов и конкретных условий, в которых осуществляется охрана здоровья населения; принятие и реализация управленческих решений; мотивация участников и их профессиональной подготовленности; стиль работы; предвидение потребного результата), а также исследованием факторов, которые влияют на состояние здоровья (детерминант);

– иерархии – определение заинтересованных секторов, направлений и значимости их взаимодействия;

– мультипараметрического взаимодействия – изменение показателей, характеризующих какой-либо заинтересованный сектор, сказывается как на состоянии данной подсистемы, так и результатах функционирования всей системы.

3. Принцип дифференциации, требующий обязательного учёта особенностей состояния и охраны здоровья различных категорий населения – жителей сельской и городской местности, различных возрастных групп, больных, инвалидов, безработных, мигрантов и т.д.

4. Принцип динамичности.

Даёт возможность своевременно делать прогноз по каждой динамической линии развития межсекторального взаимодействия, детально прорабатывать различные возможные варианты осуществления деятельности (альтернативы) с выбором оптимального, а значит, учитывать возможные последствия принимаемых решений. Обеспечивает прогностический (опережающий) тип организации межсекторального взаимодействия и управления им, ориентирует на разработки, исследования и действия в тех областях, где с наибольшей вероятностью возможны прорывы.

Логическим следствием принципа динамичности являются следующие три принципа.

5. Принцип совершенствования механизмов анализа.

Позволяет получать развёрнутую картину текущего состояния и возможных направлений коррекции организации и осуществления межсекторального взаимодействия; сконструировать критериально-диагностический аппарат его оценки (опора на адекватные представления о реальности) и спроектировать базирующуюся на нём соответствующую технологию оптимизации; сравнить фактически полученный результат оптимизации с ожидаемым (операционально определённым).

6. Принцип гибкости.

Реализация данного принципа обусловлена нестабильностью современного социально-экономического положения, требующей готовности к максимально адекватным изменениям организации и осуществления межсекторального взаимодействия, разнообразным вызовам и неожиданностям; позволяет рационально распоряжаться имеющимися ресурсами.

7. Принцип стратегического планирования.

Осознание отдаленных перспектив позволяет практичнее и целесообразнее подходить к задачам текущим, оптимизировать процесс использования всех ресурсов.

8. Принцип развития коммуникации.

Предполагает информатизацию и автоматизацию системы межсекторального взаимодействия.

9. Принцип компетентности.

Реализация данного принципа определяет необходимость организации и осуществления целенаправленной специальной (профессиональной) подготовки участников из состава заинтересованных секторов, базирующейся на обосновании значимости знаний о детерминантах здоровья.

10. Принцип демократизации – расширение участия общественности в оценке результатов межсекторального взаимодействия, определении перспектив развития форм и методов его организации.

Реализация обоснованных принципов, а также других результатов настоящего исследования дала возможность сформулировать следующую дефиницию оптимизации межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения. Это такой 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.

Полученные результаты проведённого исследования позволили спроектировать технологию оптимизации межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения в субъекте Российской Федерации (рис. 6.1).



Рисунок 6.1 – Технология оптимизации функционирования системы межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения

Из данных, представленных на рис. 6.1, видно, что в рамках данной технологии реализуются два блока.

Первый блок связан с целенаправленным воздействием заинтересованных секторов на детерминанты здоровья. Для этого используются полученные данные, количественно характеризующие возможное влияние каждого конкретного сектора на каждую из учтённых 37 детерминант здоровья, а также перечень секторов, которые в наибольшей степени могут воздействовать на отдельную детерминанту. Реализация этих характеристик существенно облегчает формирование различных профилактических программ в области охраны здоровья населения, так как преобразует этот процесс в целенаправленный и структурированный.

Приложение второго блока обусловлено тем, что оптимизация любого процесса, в том числе в области охраны здоровья населения, возможна на базе оценки его исходного состояния. При этом начальным этапом оптимизации функционирования системы межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения является первичная оценка с помощью предлагаемого автоматизированного многовекторного способа.

Поскольку предлагаемый способ позволяет оценивать состояние межсекторального взаимодействия по охране здоровья в территориальных образованиях различного уровня (город, район, субъект РФ и т.п.), можно сделать заключение о том, что сформирована многоуровневая иерархическая структура диагностики. Именно ее реализация позволяет получить информацию об истинном состоянии ключевых подсистем исследуемой системы межсекторального взаимодействия, поэтому она также легла в основу проектирования технологии оптимизации данной системы.

Существенным достоинством многоуровневой иерархической структуры диагностики является то, что она позволяет провести анализ причин получения конкретным территориальным образованием определённой оценки, так как показывает, за счет каких векторов или критериев (особенно с максимальной

величиной коэффициента важности) она выставлена, и соответственно определить корректирующие рекомендации (мероприятия) по оптимизации рассматриваемого процесса.

Другими словами, информативные показатели используются не только для того, чтобы установить, удовлетворяет ли система предъявляемым требованиям, но и для ее оптимизации. Последняя осуществляется путём достижения экстремальных (максимальных или минимальных) значений уровня векторов и критериев. При этом оптимизация понимается в широком смысле как целенаправленная трансформация структуры системы, ее параметров, введения новых связей (переменных) и т.п.

Автоматизация разработанного способа многовекторной оценки успешности межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения позволяет всесторонне, системно оценивать деятельность заинтересованных секторов и соответствующих должностных лиц и объективно выставлять оценки проверяемым территориальным образованиям, располагая их в порядке убывания приоритета, определять определённое число лучших и худших, давать конкретные, целенаправленные рекомендации корректирующего характера.

Естественно, что перечень проводимых мероприятий по оптимизации не может быть постоянным и зависит от уровня соответствующих информативных векторов и критериев.

В последующем проводится динамическая многовекторная оценка, выполняющая роль обратной связи. При подтверждении, например, неудовлетворительного результата путём целенаправленного анализа устанавливаются определившие его информативные векторы и критерии и осуществляется необходимая коррекция.

Следует подчеркнуть, что оценка функционирования как системы межсекторального взаимодействия в субъекте РФ в целом, так и нескольких подсистем (территориальных образований разного уровня) и их ранжирование имеют практическую значимость не только для планирования последующих

конкретных мероприятий по оптимизации рассматриваемого процесса, но и являются основой для принятия органом управления решений по перестройке и оптимизации функционирования всей системы:

- укреплению нормативного правового поля;
- структурно-функциональным преобразованиям;
- изменению профессиональной подготовки ответственных исполнителей заинтересованных секторов (коррекции учебно-методических материалов, объёмов и специальностей);
- изменению порядка, объёмов и направлений финансирования; увеличению или сокращению численности обеспечивающего и обеспечиваемого контингентов, объёма проводимых мероприятий;
- использованию новых технологий в области охраны здоровья населения;
- планированию научных исследований.

Остаётся только определить секторы, которые должны участвовать в проведении соответствующих корректирующих мероприятий. Этому существенно способствует установление значимости возможного воздействия каждого из 23 заинтересованных в охране здоровья населения секторов на каждый из 38 информативных векторов её оценки, то есть определение 874 позиций (табл. 6.1.).

Тогда для коррекции уровня конкретного «провисшего» информативного показателя (вектора или критерия) привлекаются те заинтересованные секторы, значимость соответствующего влияния которых наибольшая, то есть наиболее целесообразная.

Первый и второй блоки оптимизации взаимосвязаны.

Таким образом, основные направления оптимизации межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения интегрированы в одну схему.

Таблица 6.1 – Значимость возможного воздействия заинтересованных секторов на векторы оценки успешности межсекторального взаимодействия (более 7–10 баллов – имеет существенное значение; более 4–7 баллов – важное значение; более 1–4 балла – имеет значение; 0–1 балл – не имеет значения)

№	ВЕКТОРЫ ОЦЕНКИ	СЕКТОРЫ																						
		Администрация территории (аппарат главы администрации)	Депутаты думы территории	Информация и печать	Здравоохранение	Образование	Молодежная политика, физическая подготовка, спорт и туризм	Общественные организации	Органы внутренних дел и прокуратура	Военный комиссариат	Социальное развитие	Охрана окружающей среды и природопользование	Финансы	Обеспечение безопасности жизнедеятельности населения	Промышленность и энергетика	Сельское хозяйство	Роспотребнадзор	Экономическое развитие	Охотничье хозяйство и рыболовство	Дорожное хозяйство и транспорт	Занятость, труд и миграция	Ветеринария	Культура	Строительство и жилищно-коммунальное хозяйство
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
1.	Ответственность за действия и справедливость в отношении здоровья населения	8,74	8,62	6,67	9,00	6,81	6,64	4,62	6,17	3,79	6,48	6,91	7,93	6,91	7,45	5,98	5,11	5,30	3,07	4,67	6,24	5,60	4,38	4,38
2.	Знание руководителями заинтересованных структур целей, задач и положений межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения	9,12	8,91	7,26	9,07	7,71	6,45	5,95	7,31	4,88	6,74	7,26	7,45	6,83	7,31	6,33	3,43	1,23	4,14	6,02	1,35	6,00	5,24	5,24

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
3.	Знание руководством заинтересованных структур и ответственными исполнителями реальных условий, в которых осуществляется межсекторальное взаимодействие по охране здоровья населения	9,07	8,74	7,67	9,33	8,19	6,12	5,60	7,02	3,64	6,33	6,74	7,33	6,38	7,12	6,05	6,26	3,29	4,05	5,62	2,55	5,55	5,05	5,05
4.	Кадровая политика в отношении межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения	8,93	8,57	6,95	9,00	8,31	6,33	5,55	5,81	2,83	6,60	6,19	6,83	6,31	6,14	4,21	1,13	1,05	4,10	4,60	1,27	4,33	5,45	5,45
5.	Уровень профессиональной подготовленности руководителей заинтересованных структур в области охраны здоровья населения	9,17	8,93	7,45	9,48	9,07	8,14	6,41	6,64	4,33	7,29	7,62	7,26	7,50	6,86	6,12	3,35	0,55	4,24	5,67	0,86	5,64	6,05	6,05
6.	Мотивация руководителей заинтересованных структур на организацию межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения	8,98	8,88	7,79	9,12	7,55	6,50	7,55	6,64	5,43	7,24	7,69	7,62	6,21	6,19	5,14	3,57	3,11	4,55	5,12	2,73	5,41	6,83	6,83
7.	Способность руководителей заинтересованных структур принимать решения на организацию межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения	8,91	8,57	6,83	9,17	7,69	7,55	7,02	7,14	5,69	7,14	7,86	7,79	6,31	5,45	6,17	3,61	2,98	4,31	5,74	2,51	5,14	6,74	6,74

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
8.	Представление руководителей заинтересованных структур о результатах межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения	8,86	8,69	6,71	9,31	7,31	7,57	6,83	6,69	4,79	6,83	7,57	7,48	6,79	5,38	5,12	4,37	2,34	4,45	6,17	2,21	4,91	6,24	6,24
9.	Планирование межсекторального взаимодействия	8,79	8,91	5,26	9,05	7,45	8,05	6,17	6,10	3,52	6,45	5,43	6,17	6,07	4,57	4,71	1,98	4,23	3,02	2,41	1,81	4,26	4,10	4,10
10.	Состояние здоровья населения	8,69	8,98	8,21	9,26	7,86	8,07	6,64	5,26	4,41	7,12	7,12	7,57	6,14	5,62	5,26	7,45	6,77	2,74	6,17	5,83	4,91	3,64	3,64
11.	Укрепление репродуктивного здоровья населения и рост рождаемости	8,50	8,81	7,98	9,14	8,14	8,31	6,81	3,43	0,98	7,36	4,48	7,24	5,36	4,57	4,74	3,68	3,87	1,71	3,19	2,59	3,39	5,357	5,048
12.	Обеспечение раннего развития детей (и подростков)	8,29	8,41	7,95	8,36	8,57	8,81	6,24	2,38	1,74	6,43	4,05	5,38	4,52	4,02	3,33	2,13	3,87	1,55	3,14	2,41	4,86	4,62	4,62
13.	Улучшение повседневных условий жизни населения	9,00	9,12	7,14	4,17	5,88	5,29	5,57	4,10	1,57	7,07	6,45	6,64	5,50	6,62	4,52	6,82	7,13	3,07	7,48	4,86	6,95	5,07	8,17
14.	Обеспечение справедливости в отношении здоровья между жителями сельской и городской местности	8,95	8,62	7,50	8,57	4,60	6,57	6,48	4,02	4,81	7,02	4,38	5,21	4,33	5,95	5,79	3,45	4,56	3,41	6,64	3,23	3,81	2,83	2,83
15.	Обеспечение справедливых условий найма и достойной работы, социальных гарантий и охраны труда	8,57	9,29	7,07	4,81	3,48	4,41	6,26	3,64	1,45	7,36	3,60	4,95	4,52	5,29	4,95	5,19	7,13	4,29	1,55	6,87	2,31	2,12	2,12
16.	Обеспечение социальной защиты в течение всей жизни	8,98	9,05	5,33	3,98	2,48	2,95	6,19	3,62	4,31	8,29	2,29	6,98	4,38	3,60	3,83	2,87	4,66	3,26	4,17	3,88	2,71	1,95	1,95
17.	Обеспечение здорового рациона питания населения	7,93	6,76	6,79	7,62	4,43	3,71	3,71	2,95	1,45	5,14	4,62	6,41	4,36	4,86	8,14	6,36	6,47	4,83	4,02	3,98	6,69	1,98	1,98
18.	Обеспечение физической активности населения	7,81	6,50	6,19	6,71	7,81	8,00	6,29	2,50	5,60	7,17	2,79	5,21	3,79	2,76	5,88	4,84	4,24	3,02	3,26	1,87	3,55	1,14	1,14
19.	Борьба с наркотиками, алкоголем, табакокурением	8,26	8,00	9,02	8,71	8,88	8,91	8,50	8,48	4,62	8,55	3,29	4,81	4,83	3,19	2,98	3,45	3,16	1,91	1,91	2,57	2,38	2,02	2,02

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
20.	Обеспечение дорожно-транспортной безопасности	8,10	8,14	7,02	7,21	7,05	4,71	5,60	8,60	1,38	3,33	3,45	5,10	7,11	4,14	2,12	1,54	5,23	0,81	8,33	0,22	1,41	1,91	5,22
21.	Борьба с социально обусловленными (значимыми) заболеваниями (туберкулёзом, ВИЧ-инфекцией, заболеваниями передающимися половым путём и др.)	8,33	8,26	8,76	9,60	8,93	8,36	7,45	5,60	1,19	4,10	3,14	5,79	4,64	2,91	2,41	6,79	5,28	0,93	1,50	3,45	2,98	3,07	3,07
22.	Обеспечение всеобщего доступа к медицинской помощи	8,60	8,83	4,98	9,31	3,52	4,38	6,19	2,41	4,29	6,19	1,86	6,14	2,74	2,07	2,29	2,16	4,11	0,64	3,64	3,23	1,43	0,91	0,91
23.	Проведение иммунизации населения	7,64	5,55	8,07	9,12	5,50	5,55	4,45	1,91	3,60	3,10	1,76	4,95	3,33	1,60	1,81	9,13	4,55	0,51	1,76	2,22	1,50	0,95	0,95
24.	Поддержание благоприятной санитарно-эпидемиологической обстановки	8,19	6,33	5,69	8,71	7,12	3,60	4,79	2,95	0,93	4,95	6,57	4,91	6,19	3,17	3,86	9,57	4,88	3,14	4,24	4,48	4,33	3,24	3,24
25.	Пропаганда здорового образа жизни	8,19	8,93	9,45	9,24	9,02	9,31	8,24	6,91	4,69	7,93	6,62	5,67	5,50	3,60	3,83	4,52	1,33	3,21	2,60	3,27	4,21	3,02	3,02
26.	Финансирование мер по воздействию на социальные детерминанты здоровья и обеспечение справедливости в отношении здоровья для всех	8,88	9,26	4,64	4,79	1,57	1,38	5,52	2,05	3,08	6,74	3,29	8,86	3,93	4,29	4,02	2,96	6,68	1,05	3,86	2,32	1,50	1,05	1,05
27.	Функционирование частного сектора (рынка) и охрана здоровья населения	7,93	7,95	5,17	7,19	1,43	1,76	3,86	2,64	0,74	2,10	1,79	3,62	2,31	3,07	3,52	4,77	5,25	0,86	2,36	2,12	1,67	1,19	1,19
28.	Обеспечение гендерной справедливости	8,17	7,83	8,69	6,36	7,91	6,81	6,07	3,26	4,24	5,57	1,67	4,31	2,81	4,33	3,41	0,99	1,88	0,79	3,36	1,12	2,38	1,34	1,34
29.	Предоставление политических полномочий в разработке повесток дня и принятии решений, связанных со здоровьем	8,60	8,69	4,55	8,10	2,67	4,76	6,07	2,31	3,42	4,31	1,88	2,05	3,31	2,05	1,45	0,66	1,27	0,76	0,76	1,31	1,55	0,88	0,88

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
30.	Обеспечение общественной безопасности и правопорядка	8,41	9,05	4,36	1,43	2,07	6,02	4,52	8,62	3,73	1,91	0,98	3,24	3,41	1,07	2,07	2,16	3,33	0,86	3,07	3,02	1,83	0,95	0,95
31.	Защита населения от техногенных аварий и экстремальных явлений природы	8,05	7,69	4,26	7,02	2,36	2,74	3,43	6,76	5,31	3,26	3,19	5,21	9,14	4,05	3,79	6,32	6,41	0,98	5,76	0,98	1,64	1,05	1,05
32.	Природоохранная деятельность и стратегическое обеспечение экологической безопасности	8,12	8,29	5,21	1,52	2,67	3,33	5,52	4,81	0,86	2,12	8,88	4,36	8,17	5,31	5,67	8,26	7,77	7,26	6,83	0,88	5,17	3,26	3,26
33.	Организация работы с призывным контингентом	6,07	7,83	7,60	8,48	6,81	7,95	4,64	6,14	9,29	2,41	0,93	3,36	3,50	1,45	1,31	1,13	1,06	0,69	3,91	1,12	3,12	1,36	1,36
34.	Наличие фактических данных о состоянии здоровья населения, социальных детерминантах здоровья и способах их коррекции	7,12	8,17	6,83	9,05	2,33	7,14	3,55	2,67	5,31	6,57	3,05	3,64	4,12	2,57	2,83	6,35	1,06	1,07	3,38	3,22	4,38	0,52	0,52
35.	Осуществление медико-социальной экспертизы социально-экономических и технических планов, проектов и программ	6,50	3,12	2,81	8,95	2,00	3,19	3,02	1,88	1,62	7,57	2,14	4,19	4,52	3,21	2,29	7,66	3,54	0,74	1,79	3,21	1,14	0,67	0,67
36.	Научные исследования в области межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения	6,48	7,48	4,07	8,95	4,24	4,33	2,83	1,83	0,95	4,88	1,95	4,71	3,26	3,52	2,12	5,24	4,57	0,91	3,33	0,62	2,12	1,12	1,12
37.	Организация отчетности	8,00	7,88	3,38	8,67	3,00	4,10	3,71	3,36	1,55	5,07	3,38	6,36	3,93	3,41	3,48	4,88	1,22	1,27	3,43	2,15	3,41	2,26	2,26
38.	Осуществление оценки успешности межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения	7,98	8,12	4,60	8,71	2,76	3,45	3,45	3,79	3,33	3,29	4,12	3,43	4,02	2,29	3,19	7,16	3,45	1,14	3,24	4,54	3,45	1,10	1,10

6.2 Апробация технологии оптимизации межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения в рамках организационного эксперимента

Апробация технологии оптимизации межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения осуществлялась в рамках организационного эксперимента. Алгоритм его проведения представлен на рис. 6.2.



Рисунок 6.2 – Алгоритм проведения организационного эксперимента

Организационный эксперимент проводился в Калининградской, Астраханской и Саратовской областях, в том числе в двух районах последней (Балтайском и Пугачёвском). При этом во всех случаях осуществлялась первичная оценка успешности межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения и определение направлений проведения корректирующих мероприятий, то есть апробация сконструированного автоматизированного способа многовекторной оценки. Кроме того, в Саратовской области была проведена и динамическая оценка.

В Астраханской, Калининградской и Саратовской областях первичная многовекторная оценка успешности межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения осуществлялась руководителями здравоохранения. Динамическая оценка в Саратовской области – также руководителями здравоохранения (см. главу 2).

К оценке успешности межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения Балтайского и Пугачёвского районов Саратовской области были привлечены представители заинтересованных секторов региона. За подписью ректора Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского были отправлены подробные инструкции использования разработанного способа с просьбой оценить (в части касающейся) уровни каждого информативного показателя в указанных районах следующим 32 должностным лицам:

- губернатор;
- председатель регионального парламента (областной думы);
- министры внутренней политики и общественных отношений, занятости, труда и миграции, информации и печати, культуры, молодёжной политики и спорта, здравоохранения, образования, по делам территориальных образований, природных ресурсов и экологии, промышленности и энергетики, сельского хозяйства, социального развития, строительства и жилищно-коммунального хозяйства, транспорта и дорожного хозяйства, финансов; экономического развития, министр области – руководитель аппарата губернатора;
- председатель комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав при правительстве;
- председатель комитета охотничьего хозяйства и рыболовства;
- начальник управления – главный государственный ветеринарный инспектор;
- начальник управления обеспечения безопасности жизнедеятельности населения;
- начальник управления по делам ЗАГС;

- военный комиссар;
- начальник ГУ МВД РФ по Саратовской области;
- прокурор области;
- руководитель Роспотребнадзора;
- руководитель территориального органа Федеральной службы государственной статистики;
- директор ГУ Центра медицины катастроф;
- начальник группы медицинского обеспечения ГУ МЧС по Саратовской области;
- член общественной палаты – председатель комиссии по социальной политике и здоровому образу жизни граждан.

Данные проведённой оценки были получены на бумажных носителях, внесены в персональный компьютер и отражены в **Приложении 1**, а также скриншотах, сделанных по результатам функционирования адаптированной к задачам настоящего исследования системной программы «1С: Предприятие» (**Приложение 2**).

Сводная таблица результатов многовекторной оценки успешности межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения в перечисленных территориальных образованиях представлена в табл. 6.2.

Из данных, представленных в табл. 6.2, следует, что во всех случаях применения многовекторного способа были установлены соотношение информативных векторов по уровням их оценки (количество и в процентах), а также интегральные оценки успешности межсекторального взаимодействия. При этом Калининградская область получила оценку «хорошо», Астраханская – «удовлетворительно», остальные оцениваемые объекты – «неудовлетворительно».

Таблица 6.2 – Сводная таблица результатов многовекторной оценки успешности межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения

Уровень	Векторы																							
	высокая значимость												низкая значимость											
	количество						%						количество						%					
	объекты*						объекты						объекты						объекты					
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
Высокий	14	2	–	–	–	3	70,00	10,00	–	–	–	15,00	9	3	1	1	1	4	50,00	16,67	5,56	5,56	5,56	22,22
Средний	6	18	10	11	10	15	30,00	90,00	50,00	55,00	50,00	75,00	9	14	13	10	10	13	50,00	77,78	72,22	55,56	55,56	72,22
Низкий	–	–	10	9	10	2	–	–	50,00	45,00	50,00	10,00	–	1	4	7	7	1	–	5,56	22,22	38,39	38,39	5,56

Примечание: * Объекты:

1 – Калининградская область, интегральная оценка «хорошо»;

2 – Астраханская область, интегральная оценка «удовлетворительно»;

3 – Саратовская область, интегральная оценка «неудовлетворительно», первичная;

4 – Пугачёвский район Саратовской области, интегральная оценка «неудовлетворительно»;

5 – Балтайский район Саратовской области, интегральная оценка «неудовлетворительно»;

6 – Саратовская область, интегральная оценка «неудовлетворительно, динамическая

Кроме того, было определено (см. таблицу **Приложения 1** и скриншоты **Приложения 2**), за счет каких векторов или критериев (особенно с максимальной величиной коэффициента важности – первая очередь) выставлена та или иная оценка успешности межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения в конкретном территориальном образовании. Именно на эти показатели и было рекомендовано воздействовать для осуществления соответствующей оптимизации.

Так, в Калининградской области (оценка осуществлялась руководителями здравоохранения 27.05.2017 г.) в первую очередь (см. рис. 6.2) в перечень рекомендованных для оптимизации векторов вошли:

- знание руководителями заинтересованных структур целей, задач и положений межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения (№ 2);
- кадровая политика в отношении межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения (№ 4);
- способность руководителей заинтересованных структур принимать решения на организацию межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения (№ 7);
- обеспечение социальной защиты в течение всей жизни (№ 16);
- финансирование мер по воздействию на социальные детерминанты здоровья и обеспечение справедливости в отношении здоровья для всех (№ 26);
- наличие фактических данных о состоянии здоровья населения, социальных детерминантах здоровья и способах их коррекции (№ 34).

При этом все позиции касались среднего уровня градации более значимых векторов, то есть предполагался «перевод», после выполнения коррекции, интегральной оценки «хорошо» в «отлично».

В Астраханской области (24.05.2017 г.) при интегральной оценке «удовлетворительно» перечень векторов из более значимых, на которые в первую

очередь следует обратить внимание и уровень которых также оказался средний, был более обширен:

- знание руководителями заинтересованных структур целей, задач и положений межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения (№ 2);
- кадровая политика в отношении межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения (№ 4);
- уровень профессиональной подготовленности руководителей заинтересованных структур в области охраны здоровья населения (№ 5);
- способность руководителей заинтересованных структур принимать решения на организацию межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения (№ 7);
- представление руководителей заинтересованных структур о результатах межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения (№ 8);
- укрепление репродуктивного здоровья населения и рост рождаемости (№ 11);
- улучшение повседневных условий жизни населения (№ 13);
- обеспечение социальной защиты в течение всей жизни № 16);
- борьба с наркотиками, алкоголем, табакокурением (№ 19);
- обеспечение дорожно-транспортной безопасности № 20);
- борьба с социально обусловленными (значимыми) заболеваниями (туберкулёзом, ВИЧ-инфекцией, ЗППП и др.) (№ 21);
- обеспечение всеобщего доступа к медицинской помощи № 22);
- поддержание благоприятной санитарно-эпидемиологической обстановки (№ 24);
- пропаганда здорового образа жизни (№ 25);
- финансирование мер по воздействию на социальные детерминанты здоровья и обеспечение справедливости в отношении здоровья для всех (№ 26);

- защита населения от техногенных аварий и экстремальных явлений природы (№ 31);

- природоохранная деятельность и стратегическое обеспечение экологической безопасности (№ 32);

- наличие фактических данных о состоянии здоровья населения, социальных детерминантах здоровья и способах их коррекции (№ 34).

В этом случае предполагался «перевод», после проведения корректирующих мероприятий, удовлетворительной оценки в хорошую.

Балтайский (17.09.2018 г.) и Пугачёвский (17.09.2018 г.) районы Саратовской области, в которых в реализации способа многовекторной оценки принимали участие 32 представителя заинтересованных секторов, получили интегральную оценку «неудовлетворительно». При этом было рекомендовано, в первую очередь, провести коррекцию следующих более значимых векторов:

- знание руководителями заинтересованных структур целей, задач и положений межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения (№ 2);

- кадровая политика в отношении межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения (№ 4);

- уровень профессиональной подготовленности руководителей заинтересованных структур в области охраны здоровья населения (№ 5);

- способность руководителей заинтересованных структур принимать решения на организацию межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения (№ 7);

- представление руководителей заинтересованных структур о результатах межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения (№ 8);

- состояние здоровья населения (№ 10);

- улучшение повседневных условий жизни населения (№ 13);

- борьба с наркотиками, алкоголем, табакокурением (№ 19);

- обеспечение дорожно-транспортной безопасности № 20);

– природоохранная деятельность и стратегическое обеспечение экологической безопасности (№ 32).

В Пугачёвском районе наблюдалась аналогичная картина (за исключением вектора № 19, который был на среднем уровне).

В Саратовской области первичная оценка успешности межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения была проведена 07.05.2018 г., а динамическая 07.02.2019 г., то есть через восемь месяцев.

При первичной оценке была получена оценка «неудовлетворительно» и даны рекомендации о первоочередном проведении мероприятий в отношении низкого уровня тех же более значимых секторов, что и в Балтайском районе (№ 2, 4, 5, 7, 8, 10, 13, 19, 20, 32).

Как в Балтайском и Пугачёвском районах, так и в Саратовской области в целом предполагалось повысить оценку до «удовлетворительно».

Формирование перечня информативных векторов, уровень которых нуждался в коррекции, не ограничивалось представлением показателей так называемой «первой очереди».

Часть перечисленных «провисших» векторов относятся к сложным и состоят из ряда информативных критериев, поэтому перечень векторов, рекомендованных для коррекции, дополнялся указанием уже на информативные критерии (из которых эти векторы состоят) соответствующего уровня.

Кроме того, оптимизация межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения предполагает проведение корректирующих мероприятий и в отношении информативных векторов «второй очереди», в частности относящихся к менее значимым, прежде всего, низкого уровня. При оценке Калининградской области такие векторы установлены не были; Астраханской области – один – «обеспечение справедливости в отношении здоровья между жителями сельской и городской местности» (№14); в Балтайском районе – семь – «мотивация руководителей заинтересованных структур на организацию межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения» (№ 6), «планирование

межсекторального взаимодействия» (№9), «обеспечение справедливости в отношении здоровья между жителями сельской и городской местности» (№14); «обеспечение здорового рациона питания населения» (№ 17), «научные исследования в области межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения» (№ 36), «организация отчетности» (№37), «осуществление оценки успешности межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения» (№38); в Пугачёвском районе – семь – № 6, 9, 14, 17, 37, 38, а также «функционирование частного сектора (рынка) и охрана здоровья населения» (№27); при первичной оценке Саратовской области – четыре – № 6, 9, 14, 17. При этом часть из этих информативных векторов (менее значимых) относилась к сложным, поэтому указывались и соответствующие информативные критерии.

Помимо рекомендаций о необходимости осуществления корректирующих мероприятий относительно определённых для каждого территориального образования информативных векторов и критериев, предлагалось использовать данные таблицы 6.1, в которой представлена значимость возможного воздействия заинтересованных секторов на информативные векторы оценки. В коррекции должны были участвовать те секторы, значимость воздействия которых на конкретные информативные векторы оценки была наибольшей. При этом указывалась необходимость учёта выявленных характеристик взаимодействия заинтересованных секторов, в частности целесообразность участия в проведении корректирующих мероприятий тех структур, значимость взаимодействия которых в достижении результата более высокая.

В перечень рекомендаций включались и результаты анализа детерминант здоровья, на которые целесообразно воздействовать с учётом результатов проведённой многовекторной оценки межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения. Так, для коррекции уровня более значимого вектора «борьба с наркотиками, алкоголем, табакокурением» (№19) были определены заинтересованные секторы с наиболее высокой значимостью воздействия на детерминанты здоровья, имеющие отношение данному информативному

показателю, в частности «курение»; «употребление алкоголя»; «употребление наркотиков» (см. таблицу 4.11). Наряду с повышением эффективности проводимых корригирующих мероприятий такой подход позволяет целенаправленно формировать соответствующие профилактические программы, то есть демонстрирует связь первого и второго блоков разработанной технологии оптимизации, и имеет прямое отношение к определению направлений оптимизации межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения в конкретном территориальном образовании.

Несмотря на то, что в результате проведения динамической многовекторной оценки Саратовской областью опять была получена оценка «неудовлетворительно», можно констатировать позитивный эффект, так как уже уровень только двух против десяти при первичном результате более значимых информативных векторов остался низким (состояние здоровья населения – № 10; улучшение повседневных условий жизни населения – № 13), а также одного из менее значимых (против четырёх) – «планирование межсекторального взаимодействия» (№ 9).

Результаты организационного эксперимента подтвердили то обстоятельство, что предлагаемая технология оптимизации носит стратегический характер – ожидать в отношении такого сложного процесса как охрана здоровья населения региона быстрых позитивных изменений всех информативных показателей не приходится, необходимо ориентироваться на более продолжительные сроки.

Можно отметить, что недостатком варианта оценки, проводимого руководителями здравоохранения, является то, что они, естественно, не могут быть в полной мере компетентны относительно уровней всех информативных векторов и критериев. В то же время его положительным моментом является незначительное время проведения оценки – состояние охраны здоровья населения в одном территориальном образовании, несмотря на широкий спектр информативных показателей, определялось за 20–25 минут.

Недостатком второго варианта оценки, в реализации которого участвовало большое число должностных лиц региона и представители общественных организаций, было то, что в данном случае время оценки существенно больше (доведение в письменном виде инструкции использования способа, получение ответов, внесение данных в компьютер). Вместе с тем также естественно, что объективность такого варианта оценки выше.

Выход из данного положения заключается в передаче полномочий реализации предлагаемой технологии оптимизации соответствующему органу управления, которым может стать межведомственный координационный совет по охране здоровья населения, в деятельности которого должны принимать участие профессионально подготовленные, в том числе к использованию автоматизированного многовекторного способа оценки, представители всех заинтересованных секторов.

В Саратовской области решение о формировании такого совета (Единый межведомственный координационный совет при правительстве Саратовской области по демографической политике и укреплению общественного здоровья) было принято (исх. министерства здравоохранения Саратовской области от 19.04.2019 г. № 10-02-32/3649), что также свидетельствует о позитивном результате проведенного организационного эксперимента.

6.3 Обоснование единого информационного пространства системы межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения

Одними из важных направлений и условий оптимизации межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения на региональном уровне являются информатизация и автоматизация управления этой системой. Значительная роль в их реализации может принадлежать формированию единого информационного пространства рассматриваемого межсекторального взаимодействия субъекта Российской Федерации.

Такое единое информационное пространство должно представлять собой

совокупность баз и банков данных, технологий их ведения и использования, информационно-телекоммуникационных систем и сетей, функционирующих на основе единых принципов и по общим правилам, которые обеспечивают информационное взаимодействие секторов, заинтересованных в охране здоровья населения субъекта Российской Федерации, а также удовлетворение информационных потребностей органа управления.

На рис. 6.3 представлены основные компоненты единого информационного пространства системы межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения.



Рисунок 6.3 – Основные компоненты единого информационного пространства системы межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения

Из данных, представленных на рис. 6.3, видно, что единое информационное пространство системы межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения в регионе состоит из следующих основных компонентов: информационных ресурсов, получаемых от заинтересованных секторов, в том числе территориальных образований различного уровня; организационной

структуры, обеспечивающей функционирование, в частности сбор, обработку, хранение, распространение, поиск и передачу информации; программно-технических средств информационного взаимодействия и организационно-нормативных документов, которые определяют доступ к информационным ресурсам; технологии оптимизации, базирующейся на разработанном автоматизированном критериально-диагностическом аппарате, структурирующем информационные ресурсы в форму, используемую при оценке и принятии решений, предусматривающем градацию информативных векторов и критериев, их значимость и модельные варианты оценки.

Представляется важным при формировании информационных ресурсов (первого компонента единого информационного пространства) предусмотреть получение данных о состоянии охраны здоровья населения как от каждого заинтересованного сектора на уровне региона, так и по входящим в него территориальным образованиям (города, районы), поскольку сконструированный многовекторный способ позволяет оценить состояние работы по охране здоровья населения в каждом из них – сформирована многоуровневая иерархическая структура диагностики.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что в качестве второго основного компонента единого информационного пространства (организационной структуры, обеспечивающей функционирование) целесообразно использовать межведомственный координационный совет по охране здоровья населения в субъекте Российской Федерации, в который должны быть включены компетентные и ответственные представители всех заинтересованных секторов, что существенным образом ускорит получение полной и объективной информации. Этому же будет способствовать замена тех или иных операций, выполняемых рутинным «ручным» способом, на автоматизированные. Профессиональная подготовка представителей заинтересованных секторов может осуществляться на основе реализации компетентностного подхода (см. раздел 4.5).

Чрезвычайно важен третий компонент, позволяющий организовать информационное взаимодействие не только между «техническими» составляющими рассматриваемого единого информационного пространства, но и заинтересованными секторами. В настоящее время охрана здоровья населения осуществляется главным образом на основе информации, получаемой от сектора «здравоохранение» – из его информационного пространства. В то же время полноценное межсекторальное взаимодействие, как показали результаты исследования, невозможно без целенаправленного совместного использования данных из информационных пространств (вычислительных сетей) каждого из заинтересованных секторов. Определяющим условием такой интеграции является совместимость элементов, составляющих единое информационное пространство.

Одним из факторов, обеспечивающих эффективное человеко-машинное управление функционированием системы межсекторального взаимодействия по охране здоровья, является повышение достоверности (объективности) получаемой информации. Это подтверждают данные об использовании методов медицинской статистики и доказательной медицины руководителями здравоохранения, изложенные в разделе 3.4.

Кроме того, по данным, получаемым при использовании спроектированной в работе технологии оптимизации, будут выявляться первоочередные, важнейшие для эффективного функционирования системы межсекторального взаимодействия информационные ресурсы, именно так она реализуется, то есть внутри единого информационного пространства формироваться оперативные пространства (устанавливаться приоритеты), например, по отдельным направлениям охраны здоровья населения или территориальным образованиям.

Создание единого информационного пространства даст возможность оптимизировать функционирование системы межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения на региональном уровне, в частности принятие и обеспечение реализации её органом управления – межведомственным

координационным центром обоснованных управленческих решений с использованием полноценной информации.

* * *

Таким образом, результаты исследований, представленные в главе 6, позволили обосновать механизм решения проблемы охраны здоровья населения, то есть спроектировать и апробировать технологию оптимизации межсекторального взаимодействия, определить перспективы её развития – создание единого информационного пространства рассматриваемой системы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Актуальность исследования проблемы охраны здоровья населения не вызывает сомнений. Президентом Российской Федерации констатирована государственная целесообразность существенного прорыва в этой области, снижения смертности, повышения рождаемости, увеличения продолжительности жизни наших граждан. Мировой опыт, в частности данные ВОЗ, подтверждает то, что базисом решения данной проблемы должно быть межсекторальное взаимодействие, предполагающее целенаправленное воздействие различных секторов государства и общества на детерминанты здоровья (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; McDaid D., Park A-L., 2016, и др.). Вместе с тем проведенный анализ литературы, нормативного правового поля, практики охраны здоровья населения, в том числе на уровне субъектов Российской Федерации, свидетельствуют о том, что реализация такого межсекторального взаимодействия, несмотря на его признание на международном и отечественном уровнях, в том числе правовое (Федеральный закон РФ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»), во многом носит декларативный характер.

Одной из основных причин такого положения является то, что хотя основные категории межсекторального взаимодействия в документах ВОЗ прописаны (необходимость межсекторального взаимодействия, целесообразность воздействия на детерминанты здоровья), но содержательного наполнения они не получили, то есть такой подход к охране здоровья населения требует предметного научного обоснования.

Необходимость научного обоснования и решения крупной и актуальной проблемы охраны здоровья населения, имеющей важное социальное и

экономическое значение для государства, обусловила **цель** настоящей работы. Она заключается в обосновании механизма решения проблемы охраны здоровья населения на региональном уровне путём разработки технологии оптимизации межсекторального взаимодействия.

Первой задачей диссертационной работы являлось проведение теоретико-методологического анализа отечественного и зарубежного опытов исследования проблемы межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения как функции современного социального государства.

Результаты решения данной задачи подтвердили, что тема работы актуальна, и 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.

Было обосновано, что в диссертации перспективно реализовать два варианта системного подхода – кибернетический и с позиций теории функциональных систем. Учтено, что все системы, независимо от уровня их организации и количества составляющих компонентов, имеют принципиально одну и ту же архитектуру (принцип изоморфизма). Так, в функциональной системе – это стадии афферентного синтеза (пусковой стимул, обстановочная афферентация, профессиональная подготовленность, мотивация), принятия решения; эфферентного синтеза (акцептор результата и программа действия, само действие, его результаты и параметры), обратная афферентация о параметрах достигнутого результата. Принцип изоморфизма был реализован при постановке остальных задач исследования межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения в субъекте Российской Федерации на примере Саратовской области – проведены анализ и оценка каждой стадии функционирования данной системы.

В ходе решения **второй задачи** исследования (проанализировать состояние среды обитания, медико-демографических характеристик, образа жизни,

профилактической работы, межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения Саратовской области, профессионального обеспечения ответственных исполнителей заинтересованных секторов) было установлено, что на фоне в целом положительной динамики основных показателей социально-экономического развития региона имеется совокупность объектов, явлений и факторов (природных и искусственных) среды обитания, которые, по всей вероятности, отрицательно отражаются на состоянии здоровья населения (отмечаются относительно низкая рождаемость и высокая смертность, отрицательный естественный прирост населения, высокие уровни заболеваемости и инвалидности), образе жизни (установлены его негативные характеристики), работе по охране здоровья населения.

Общеизвестно, что одним из основных принципов охраны здоровья населения является приоритет профилактики, в том числе в медицинских организациях. Несмотря на то, что в субъектах Российской Федерации функционируют специальные организации (областные центры медицинской профилактики, центры здоровья), сформирована адекватная нормативная правовая база, исследования в этой области, как правило, посвящены вопросам профилактики конкретных заболеваний, а не её организации (Юдин С.А., 2014; Организация, методы... 2016; Хайруллина А.Р., Байрамгулова Г.Р., 2017). Этот пробел был восполнен – в 92 медицинских организациях Саратовской губернии проанализировано состояние организации первичной, вторичной и третичной профилактики, деятельности соответствующих кабинетов (отделений) и выявлен ряд существенных недостатков.

Профессиональное обеспечение ответственных исполнителей заинтересованных в охране здоровья населения секторов исследовалось путём анализа состояния профессиональной подготовки участников межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения. Было установлено, что такая целенаправленная профессиональная подготовка не осуществлялась (ликвидация этого пробела представлена при описании результатов решения шестой задачи

исследования). Кроме того, в связи с тем, что значительная часть информационного ресурса для осуществления межсекторального взаимодействия представляется руководителями здравоохранения, анализировалась реализация ими знаний по статистике и доказательной медицине. Эти вопросы ранее исследовались недостаточно (Бутарева М.М., Мартынов А.А., Мелехина Л.Е., 2012; Какорина Е.П., Огрызко Е.В., 2012; Власов В.В., 2014; Реброва О.Ю., Ракина Е.А., 2014; Self-perception... 2016). Зафиксированы низкие уровни знаний организаторов здравоохранения по медицинской статистике и имеющей к ней прямое отношение доказательной медицине. Определён комплекс причин такого положения: материалы, которые в ходе повседневной деятельности необходимо подвергать анализу, часто не объективны, а значит, их статистическая обработка для практики ничего не даёт ($56,3 \pm 5,2\%$ ответов экспертов); низкая мотивация на использование статистических методов и положений доказательной медицины ($54,2 \pm 5,2$); медики плохо знают математику, а следовательно, статистику ($37,5 \pm 5,0$); статистический анализ может выявить нежелательные для спокойной работы результаты ($18,8 \pm 4,1$); отмечен низкий уровень преподавания в медицинских вузах ($8,3 \pm 2,9\%$). Было показано, что в ходе повышения квалификации по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье» такое положение может быть исправлено.

К решению второй задачи исследования относится и анализ деятельности межведомственных координационных советов и государственных программ Саратовской области, имеющих отношение к охране здоровья населения. В Саратовской области функционируют два таких межведомственных координационных совета – по формированию здорового образа жизни и демографической политике. Проанализированы также 17 реализуемых в регионе государственных программ.

Установлено, что в деятельности межведомственных координационных советов, как правило, принимают участие только представители 13 включённых в них секторов (в то время как в регионе представлены несколько десятков), а в

реализации государственных программ Саратовской области – ответственные исполнители и узкий спектр участников (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...»).

В связи с таким положением, по-видимому, 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.

При решении **третьей задачи** работы 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»). Действительно, хотя перспективность и плодотворность межсекторального взаимодействия общепризнаны, в том числе в правовом отношении, однако исследований, предметно подтверждающих это, ранее не проводилось.

Сравнение осуществлялось по двум группам показателей, обоснованным в работе. Первую составили действия по организации охраны здоровья населения (их 13), вторую – направления его практического осуществления (24). Проведённый сравнительный анализ традиционной системы охраны здоровья и межсекторального взаимодействия позволил продемонстрировать статистически достоверные преимущества последней. 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 недостаточна как на уровне страны, так и регионов и муниципальных образований. Так считало 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 **четвёртая задача** работы «установить секторы, заинтересованные в охране здоровья населения в субъекте Российской Федерации, их значимость и меру участия, проанализировать их взаимодействие». В ракурсе институционального пространства с учётом социально-экономических возможностей Саратовского региона по-новому эксплицированы и систематизированы субъекты реализации функции охраны здоровья населения – установлены перечень из 23 заинтересованных секторов, их значимость и мера участия. Выделены 13 основных заинтересованных секторов: здравоохранение; губернатор (аппарат губернатора); информация и печать; образование; региональный парламент; экономическое развитие; молодежная политика, физическая подготовка, спорт и туризм; обеспечение безопасности жизнедеятельности населения; Роспотребнадзор; охрана окружающей среды и

природопользование; социальное развитие; занятость, труд и миграция; финансы. Ещё 10 секторов признаны относительно менее значимыми: общественные организации; органы внутренних дел и прокуратура; военный комиссариат; культура; промышленность и энергетика; сельское хозяйство; ветеринария; дорожное хозяйство и транспорт; строительство и жилищно-коммунальное хозяйство; охотничье хозяйство и рыболовство. Важно отметить, что мнение по данному вопросу руководителей здравоохранения и экспертов из их числа в основном совпало. При этом наиболее значимыми оказались первые четыре сектора (из перечисленных) основной группы.

Вместе с тем наблюдались некоторые различия. Эксперты в целом более высоко оценивали значимость заинтересованных в охране здоровья секторов. Так, если опрошенные организаторы здравоохранения (не эксперты) оценили значимость 14 секторов из 23 менее чем на 5 баллов (из них два были ими отнесены к основным) – от 4,55 балла до 1,58, то эксперты определили только один такой сектор – «Охотничье хозяйство и рыболовство» (4,64), а все остальные – выше 5,0 балла. При этом эксперты указали в качестве пограничного уровня 6,0 балла, руководители здравоохранения (не эксперты) – 4,0 балла. Потому экспертами в группу основных секторов были включены те, которые получили оценку от 8,98 до 6,26 балла (против от 9,58 до 4,52 балла), а в группу относительно менее значимых – от 5,88 до 4,64 (против от 3,90 до 1,58).

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. 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.

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. Действительно, общеизвестно, что охрана здоровья граждан – система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического) 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.

При этом целесообразно с позиций практической реализации определить конкретные направления и мероприятия соответствующей деятельности конкретных секторов, заинтересованных в охране здоровья населения. Именно поэтому перспективно, как свидетельствует проведённый анализ литературы, во-первых, обосновать как можно более полный спектр детерминант здоровья, то есть факторов, влияющих на него, и, во-вторых, установить возможное

воздействие каждого заинтересованного сектора на каждую детерминанту. Эти вопросы решались в рамках **пятой задачи** исследования.

Когда речь идёт о формировании научного аппарата межсекторального взаимодействия, существенное внимание уделяется детерминантам здоровья (Панова Л.В., 2013; Лебедева-Несевря Н.А., 2014; Обзор... 2014; Киселёва Л.С., 2016; Whitehead M., Dahlgren G., 1991; Bartley M., 1997; Closing... 2008; A conceptual... 2010; Human Development... 2016). Вместе с тем 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.

Существенное внимание изучению детерминант здоровья уделяется в нашей стране. Так, уже классическими признаны результаты исследований, проведённых академиком Ю.П. Лисицыным (1989; 1992; 1998; 2011; 2012) и его учениками. Они определили приоритет влияния на состояние здоровья факторов образа жизни (до 55%), а также загрязнения окружающей среды, наследственности, работы органов и учреждений здравоохранения. О других детерминантах, например факторах социально-экономического неравенства, по всей вероятности, по причинам социально-политического характера говорить было не принято. При этом если самые важные детерминанты относятся к образу жизни, то значит нужно заниматься в основном ими. Медики, кроме того, пытались «прикрыться» естественной невозможностью только своими силами влиять на ситуацию (от них состояние здоровья зависит только на 10%). Это, как правило, не удавалось, и спрос за результаты полностью ложился на них. Реализация такого подхода, к сожалению, продолжается до сих пор.

В настоящее время целесообразен иной подход, который позволит предметно, целенаправленно и эффективно осуществлять и оптимизировать охрану здоровья населения уже с учётом максимально полных перечней как

секторов, так и детерминант. К этому же есть позитивная воля руководства страны.

В настоящем исследовании 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, 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.

Установлено, что группа «образ жизни» действительно играет приоритетную роль. Так, из семи рассматриваемых её составляющих пять были оценены врачами-организаторами более чем на 7 баллов: «качество питания» (8,52); «употребление наркотиков» (8,31); «физическая активность» (7,36); «курение» (7,14); «употребление алкоголя» (7,07). В других группах этого отмечено не было, а среди внегрупповых детерминант только «наследственность» получила 7,5 балла. Вместе с тем важно отметить, что только детерминанты «участие населения в разработке связанных с политикой повесток дня и принятии решений, связанных со здоровьем» и «пол» определены как «имеют значение», остальные – «имеют важное значение».

Логика распределения данных, полученных при анкетировании немедицинских работников, в основном совпадает с результатами опроса руководителей здравоохранения. Однако, по мнению последних, статистически достоверно более значимыми, чем по данным немедицинских работников, были такие детерминанты, как «употребление наркотиков» и «наследственность». В то же время значимость отдельных детерминант оценена ниже, например, таких как «участие населения в принятии решений в разработке связанных с политикой повесток дня и принятии решений, связанных со здоровьем», «климат», «погода», «род занятий», «место проживания», «пол».

В структуре влияния на здоровье населения наибольший удельный вес занимают (по мере убывания приоритета) такие детерминанты, как «качество питания», «физическая активность», «медицинское обслуживание – работа органов и учреждений здравоохранения», «употребление наркотиков», «наследственность», «употребление алкоголя», «курение» и «медицинская активность». Вместе с тем каждая из установленного перечня детерминант здоровья занимает определённое место в структуре влияния на здоровье населения – получены данные о каждом факторе.

Результаты настоящего исследования показали, что удельные веса или мера влияния детерминант на здоровье населения выглядят следующим образом. Группа «Образ жизни», как и у Ю.П. Лисицына, имеет наибольший удельный вес, но уже 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. Значимое место занимают и внегрупповые детерминанты – 23,46%.

Была раскрыта соотнесенность ресурсной базы заинтересованных секторов в аспекте их влияния на детерминанты здоровья – 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).

Наиболее значимыми по возможному влиянию на детерминанты здоровья секторами (пограничный уровень – более 6 баллов) оказались: «губернатор (аппарат губернатора)» – так влияет на 19 детерминант здоровья; «здравоохранение» (на 13); «образование» (11), «информация и печать» (10) «региональный парламент» (7), «молодёжная политика, физическая подготовка, спорт и туризм» (7), «Роспотребнадзор» (6).

Есть детерминанты, на которые рассматриваемые секторы практически не влияют. Это пол, возраст, климат, погода. Только сектор «здравоохранение» может существенно воздействовать на наследственность, имея в виду генную инженерию. Кроме того, ряд секторов может воздействовать на меньшее число детерминант здоровья, чем остальные. Так, сектор «ветеринария» может повлиять (более 2 баллов) только на 7 из 37 рассматриваемых детерминант, охотничье хозяйство и рыболовство – на 11, охрана окружающей среды и природопользование – на 15.

Полученные данные о возможном воздействии заинтересованных секторов на детерминанты здоровья могут быть использованы для решения практических задач по формированию специальных программ, направленных на охрану здоровья населения. Кроме того, выбрав детерминанты, на которые данный сектор может значимо повлиять, мы тем самым определяем перечень возможных направлений его деятельности по охране здоровья населения.

Чрезвычайно важна и актуальна подготовка компетентных кадров, владеющих технологиями, адаптированными к условиям страны и конкретного региона, особенно представителей сектора «здравоохранение», которые в силу своего специального образования должны (результаты исследования это подтвердили) играть доминирующую роль в решении вопросов межсекторального взаимодействия (в том числе профессиональной подготовке ответственных представителей других секторов). Исследованию профессиональной подготовки лиц, принимающих участие в управлении здравоохранением, в частности с реализацией компетентностного подхода, посвящено большое число публикаций (Найговзина Н.Б., Конаныхина А.К., Кочубей А.В., 2016; Решетников В.А., Коршевер Н.Г., Доровская А.И., 2016; Overview... 2010). 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 в разрабатываемых на их базе учебно-методических материалах вопросы охраны здоровья населения

представлены, но соответствующего межсекторального взаимодействия непосредственно не касаются. В связи с этим в процессе выполнения диссертационной работы решалась её **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 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.

Известно, что целенаправленная оптимизация любого процесса, в том числе в области охраны здоровья населения, возможна на базе его оценки (Байтуров О.Р., Еругина М.В., Коршевер Н.Г., 2011; Князюк Н.Ф., Кицул И.С., 2013; Завалёва Е.В, 2016; Улумбекова Г.Э., Гинойн А.Б., Калашникова А.В., 2016; Доровская А.И., 2017). 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; Ison E., 2000; 2005). Однако есть необходимость всесторонне оценить текущее состояние межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения. В этом заключается **седьмая задача** диссертации (сконструировать автоматизированный критериально-диагностический аппарат оценки успешности межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения в территориальном образовании, установить значимость воздействия заинтересованных секторов на информативные показатели).

Прежде всего в исследовании были обоснованы десять требований к конструированию такого способа: междисциплинарный характер; выявление

неравенства в условиях для здоровья; системный характер; автоматизация, возможность определять целенаправленные корректирующие мероприятия и др.

Далее определён 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 на основе экспертного опроса для каждого из них были 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» (описание представлено в главе 5).

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. Помимо 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. Открытый характер обуславливает ещё одно достоинство способа, которое заключается в том, что он может быть использован для оценки территориальных образований различного уровня, то есть появляется возможность формирования многоуровневой иерархической структуры диагностики в субъекте Российской Федерации.

Таким образом, данный критериально-диагностический аппарат – это автоматизированная информационно-вычислительная поддержка решений на осуществление эффективного межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения.

При кажущейся сложности разработанного способа его использование вполне доступно и заключается во введении в обычный персональный компьютер только указаний на уровень каждого информативного показателя. Сделать это нетрудно (каждый уровень подробно и конкретно описан), что в значительной степени снижает вероятность вольного трактования.

Все остальные параметры оценки заранее учтены программистом. 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 определить секторы, которые должны участвовать в проведении соответствующих корректирующих мероприятий, а именно установить значимость их воздействия на информативные показатели оценки успешности межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения. Это было сделано: 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 (вектора или критерия) привлекаются те заинтересованные секторы, значимость

соответствующего влияния которых наибольшая, то есть наиболее целесообразная.

Полученные результаты позволили перейти к решению основной – **восьмой задачи** диссертационной работы – «спроектировать и апробировать технологию оптимизации функционирования системы межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения». Спроектирована авторская технология оптимизации межсекторального взаимодействия, которая носит стратегический характер, так как последовательно обеспечивает эффективное использование наличных ресурсов, достижение сложной цели, долгосрочный успех. Именно эти качества, по мнению В.Л. Квинта (2012), и соответствуют содержанию термина «стратегическая технология».

Были обоснованы определяющие оптимизацию межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения принципы (целенаправленности; системного подхода – изоморфизма, иерархии, мультипараметрического взаимодействия; дифференциации; динамичности; совершенствования механизмов анализа; гибкости; стратегического планирования; развития коммуникации; компетентности; демократизации) и соответствующая дефиниция. Это такой 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 функционирования.

Все компоненты данной дефиниции и составили содержание схемы спроектированной технологии, включающей два взаимосвязанных блока.

Первый из них 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.

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.

Оценка функционирования как системы межсекторального взаимодействия в субъекте РФ в целом, так и нескольких подсистем (территориальных образований разного уровня) и их ранжирование имеют практическую значимость не только для планирования последующих конкретных мероприятий по оптимизации рассматриваемого процесса, но и являются основой для принятия органом управления решений по перестройке и оптимизации функционирования всей системы: укреплению нормативного правового поля; структурно-функциональным преобразованиям; изменению профессиональной подготовки ответственных исполнителей заинтересованных секторов (коррекции учебно-методических материалов, объёмов и специальностей); изменению порядка, объёмов и направлений финансирования; увеличению или сокращению численности обеспечивающего и обеспечиваемого контингентов, объёма проводимых мероприятий; использованию новых технологий в области охраны здоровья населения; планированию научных исследований.

Обоснованная в исследовании технология была реализована в Республике Марий Эл, Саратовской и Астраханской областях, а также г. Новороссийске. Полученные материалы используются в учебном процессе ФГБОУ ВО

«Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России и ФГБОУ ВО «Астраханский ГМУ» Минздрава России.

Апробация рассматриваемой технологии оптимизации была успешно осуществлена в рамках организационного эксперимента при обосновании направлений оптимизации межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения в Калининградской, Астраханской, Саратовской областях (реализовали руководители здравоохранения), а также в двух районах последней – Балтайском и Пугачёвском (принимали участие должностные лица и представители общественных организаций Саратовской области). 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 осуществлена динамическая оценка, сыгравшая роль обратной связи.

Установлена 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 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).

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 счет 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 проведенного 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.

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 ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдурахманова М.М., Дикинов А.Х., Дикинова А.А. Проектирование современной бизнес-модели городской инновационной платформы сотрудничества в субъектах СКФО // Приоритеты и механизмы обеспечения экономического роста, финансовой стабильности и социальной сбалансированности в России: сборник статей Международной научно-практической конференции. М.: Научно-исследовательский институт истории, экономики и права, 2016. С. 6–10.
2. Абушинов В.В. Долгосрочное планирование как перспективная основа создания оптимально функционирующей модели военного госпиталя // Воен.-мед. журн. 2003. Т. 324, № 12. С. 13–21.
3. Аверина Е.А. Формирование ключевых компетенций в организациях здравоохранения [Электронный ресурс] // Известия Санкт-Петербургского университета экономики и финансов. 2012. № 6. URL: <http://www.cyberleninka.ru/article/n/formirovanie-klyuchevyh-kompetentsiy-v-organizatsiyah-zdravoohraneniya#ixzz3Yd1QepWz> (дата обращения: 10.09.2018).
4. Агамирзян И.Р. Мировой опыт реализации концепции электронного правительства // Технологии информационного общества – Интернет и современное общество: труды V Всероссийской объединенной конференции. СПб., 2002. С. 255–258.
5. Агафонов В.В., Беляев В.В., Ютяев А.Е. Адаптация методов теории принятия сложных решений к процедуре синтеза технологических систем угольных шахт // Евразийский союз ученых. 2015. № 3–4 (12). С. 13–16.
6. Аделаидское заявление «Учет интересов здоровья во всех направлениях политики». Женева, 2010. [Электронный ресурс]. URL: http://www.who.int/social_determinants/russian_adelaide_statement_for_web.pdf (дата обращения: 17.09.2018).

7. Алборов З.Ц. Адаптация слушателей военно-медицинского института с различным уровнем физической подготовленности к условиям профессионального обучения: дис. ... канд. мед. наук: 03.00.13. Волгоград, 2004. 142 с.

8. Алексеева А.А. Социальные факторы как информационная основа формирования здоровьесберегающей среды в учреждениях общего среднего образования // На пути к информационному обществу: сборник статей Международной научно-практической конференции. М.: Импульс, 2017. С. 307–310.

9. Амлаев К.Р. Научное обоснование механизмов реализации муниципальной политики по охране и укреплению здоровья населения: дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03. Москва, 2010. 264 с.

10. Амлаев К.Р., Муравьева В.Н. Межсекторальная технология охраны и укрепления здоровья работающего населения // Вестн. Ставропольского гос. ун-та. 2007. № 48. С. 244–249.

11. Амлаев К.Р., Муравьева В.Н., Абросимов Ю.Е. Комплексная оценка воздействия на здоровье различных факторов (обзор) // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 2008. № 6. С. 34–44.

12. Амлаев К.Р., Хорошилова Е.Ю. Управление социально-экономическими детерминантами здоровья на различных уровнях // Врач. 2018. Т. 29, № 1. С. 85–87.

13. Анастасов К.Н. Оптимизация хирургической работы в воинской части: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27. Саратов, 2004. 129 с.

14. Андреев А.Ю., Карпачев И.А. Экспертный метод оценки решений по управлению объектами ОПК // Компетентность. 2010. № 2. С. 18–27.

15. Андрейчиков Ю.Ю. Методика многокритериальной оценки конкурентоспособности инновационных организаций // Качество. Инновации. Образование. 2010. № 9. С. 19–24.

16. Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем. М.: Медицина, 1975. С. 52.
17. Анохин П.К. Принципиальные вопросы общей теории функциональных систем. М.: Медицина, 1971. С. 101.
18. Анохин П.К. Узловые вопросы теории функциональных систем. М.: Медицина, 1980. С. 36.
19. Аполов О.Г. Теория систем и системный анализ [Электронный ресурс]. Уфа, 2012. 274 с. URL: http://apolov-oleg.narod.ru/olderfiles/1/Lekcciya_Teoriya_sistem_i_sistemny-7190.pdf (дата обращения: 19.09.2018).
20. Архипова С.В. Проблема выбора и обоснования показателей для оценки деятельности бюджетных медицинских учреждений // Аспирантский вестник Поволжья. 2012. № 5–6. С. 236–239.
21. Аудит как инструмент оценки качества медицинской помощи / И.В. Иванов, О.Р. Швабский, И.Б. Минулин, А.В. Эмануэль // Стандарты и качество. 2017. № 6. С. 70–73.
22. Аудит качества медицинской помощи как способ повышения эффективности работы медицинских организаций / С.А. Мухортова, Т.В. Куличенко, Л.С. Намазова-Баранова, С.Г. Пискунова, Е.А. Беседина, Д.В. Прометной // Педиатрическая фармакология. 2017. Т. 14, № 4. С. 242–247.
23. Бабенко А.И. Общие принципы программно-целевого планирования и управления охраной здоровья населения // Бюл. СО АМН СССР. 1987. № 6. С. 73–76.
24. Байтуров О.Р., Еругина М.В., Коршевер Н.Г. Дефекты в оказании медицинской помощи военнослужащим на догоспитальном этапе: исследование и оптимизация профилактики. Саратов: Саратовский государственный медицинский университет, 2011. 151 с.
25. Бартон Х., Цуру К. Здоровое городское планирование // Центр поддержки «Здоровые города» в России. 2002. С. 15–24.

26. Баскаев Т.К. Правовые основы взаимодействия государства и гражданского общества // Вестник магистратуры. 2016. № 11–1 (62). С. 103–104.
27. Бахадова Е.В., Соколовская Т.А. Профилактическое пространство в дошкольных учреждениях и младшей школе: нейропсихологические аспекты и межведомственные подходы // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2017. № 4. С. 43–51.
28. Бессмертнов В.В. Организационная диагностика мобилизационной работы начальника медицинской службы воинской части // «Актуальные вопросы военной медицины и военно-медицинского образования»: сб. науч. труд. Саратов, 2004. С. 51–52.
29. Бешелев С.Д., Гурвич Ф.Г. Математико-статистические методы экспертных оценок. М.: Статистика, 1976. 116 с.
30. Блауберг И.В., Юдин Э.Г. Становление и сущность системного подхода. М.: Наука, 1973. 216 с.
31. Богдан Н.Н. Управленческие компетенции руководителей в сфере здравоохранения [Электронный ресурс] // Медицина и образование в Сибири: электронный научный журнал. 2012. № 5. URL: http://www.ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=790 (дата обращения: 04.09.2018).
32. Богомолова Н.Д. Основные направления межведомственного сотрудничества в области профилактики в Кемеровской // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 2005. № 1. С. 44–46.
33. Бутарева М.М., Мартынов А.А., Мелехина Л.Е. Основные направления совершенствования медицинской статистики в рамках модернизации системы здравоохранения // Вестник дерматологии и венерологии. 2012. № 4. С. 4–8.
34. Василенко М.А., Баблюян Н.В. Аспекты и методики социального аудита в сфере здравоохранения // Экономика и управление в XXI веке: тенденции развития. 2017. № 34. С. 72–76.

35. Вахитов Ш.М. О необходимости и возможностях развития общественного здравоохранения // Вестн. ТИСБИ. 2000. № 1. С. 3–7.
36. Власов В.В. Доказательная медицина в начале XXI века // Независимый психиатрический журнал. 2014. № 1. С. 6–11.
37. Водяненко И.М. Медико-организационные аспекты совершенствования лечебно-профилактической помощи сельскому населению в условиях реформы здравоохранения (на модели Саратовской области). Саратов: Ориент, 2000. 174 с.
38. Воронкова С.В. Проблемы государственного регулирования мероприятий медицинской профилактики заболеваний работающих // Современные вопросы государства, права, юридического образования: сборник научных трудов по материалам XII Международной научно-практической конференции. Ответственный редактор О.В. Белянская. Тамбов: Принт-Сервис, 2016. С. 164–170.
39. Восприятие населением вопросов личного здоровья: отношение к здоровью, понимание факторов риска, заболеваемости и смертности: Обобщенный анализ вторичных данных и результатов личных интервью с населением Российской Федерации. Отчет о результатах исследования Ассоциации международных фармацевтических производителей (AIPM) в партнерстве с Минздравсоцразвития России. М., 2011. 48 с.
40. Вялков А.И., Сквирская Г.П. Логистические исследования в управлении здравоохранением: Принципы построения и реализации дорожных карт // Менеджер здравоохранения. 2015. № 2. С. 13–19.
41. Вялков А.И. Социально-гигиеническое обоснование реформы здравоохранения на территориальном уровне (на примере Хабаровского края): дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33. М., 1994. 145 с.
42. Вялков А.И., Сырцова Л.Е. Потребности и возможности общественного здоровья // Бюллетень национального НИИ общественного здоровья. 2005. Выпуск 4. С. 41–45.

43. Гасников В.К., Савельев В.Н., Толмачев Д.А. Применение в додипломном и последипломном образовании компьютерной программы по комплексной оценке руководителей // Оптимизация медицинского образования: качество и инновации: мат. конференции, посвящённой 70-летию Победы в Великой Отечественной войне. Ижевск. 2015. С. 25–28.

44. Гермес К.Г. Автоматизация деятельности муниципальных учреждений здравоохранения // Инновационные технологии управления и права. 2015. № 3 (13). С. 50–52.

45. Гигиеническая оценка факторов среды, определяющих здоровье школьников / Е.О. Гузик, Н.А. Гресь, О.Л. Сидукова, И.В. Мащенко, Т.Ю. Мельникова // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. 2015. № 4. С. 43.

46. Глухова Е.А., Потёмкин Е.Л. Аналитическая система комплексной оценки кадрового потенциала научной медицинской организации. [Электронный ресурс] // Социальные аспекты здоровья населения. 2012. № 26 (4). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/425/30/lang,ru/> (дата обращения: 17.09.2018).

47. Голиков В.Е., Задоркина Т.Г. Проведение комплексных проверок организации профилактической работы в медицинских учреждениях // Заместитель главного врача. 2013. № 9 (88). С. 96–107.

48. Гречишников А.П. Оптимизация медицинского обслуживания населения муниципального района (на примере Нефтеюганского района Ханты-Мансийского автономного округа – Югры): дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33. Саратов, 2010. 193 с.

49. Гулиева Э.Ф.К. Дистанционные образовательные технологии в процессе преподавания (педагогическое проектирование материалов для дистанционных образовательных технологий) // Глобальный научный потенциал. 2015. № 6 (51). С. 10–12.

50. Гуров А.Н. Теория и практика управления медицинской службой в мирное время // Военно-медицинский журнал. 1998. Т. 319, № 6. С. 8–17.

51. Гуров А.Н., Плутницкий А.Н. Инновационные технологии в последипломной подготовке врачей организаторов здравоохранения // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2013. № 1. С. 137–139.

52. Гусева Н.К., Бердугин В.А. Некоторые вопросы оценки качества медицинской помощи в системе здравоохранения Российской Федерации // Здравоохранение Российской Федерации. 2016. Т. 60, № 5. С. 228–233.

53. Давыдов В.М. Методология оценки функционирования и оптимизации системы военно-медицинского образования в современных условиях: дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.33. М., 2006. 355 с.

54. Давыдов В.М., Коршевер Н.Г. Организационная диагностика медицинской службы: в развитие научного обоснования // Военно-медицинский журнал. 2008. Т. 329, № 9. С. 6–9.

55. Дежурный Л.И., Закурдаева А.Ю., Лысенко К.И. Межсекторальное партнерство в решении проблем развития первой помощи в России // Менеджер здравоохранения. 2011. № 6. С. 58–60.

56. Декстер А.П. Перспективы медицинских информационных решений на основе PACS / RIS и вопросы, которые они ставят перед главным врачом // Лучевая диагностика и терапия. 2015. № 4. С. 97–100.

57. Денисов Л.А., Мерзликин Л.А., Савичева Н.М. Практическая реализация программы профилактики заболеваний в учебных заведениях г. Зеленограда // Санитарный врач. 2014. № 7. С. 59–63.

58. Денисов Л.А., Савичева Н.М., Федорович А.В. Инновационный кластер по формированию здорового образа жизни среди учащихся всех ступеней образования // Санитарный врач. 2015. № 1. С. 35–40.

59. Департамент экономики, стратегического планирования и инвестиционной политики мэрии г. Новосибирска [Электронный ресурс]. URL: <http://novo-sibirsk.ru/dep/economy/> (дата обращения: 14.09.2018).

60. Диагностика систем управления деятельностью медицинских

организаций / И.С. Кицул, А.Н. Дудко, М.С. Сасин, Т.В. Гуршпон // Сибирский медицинский журнал. 2012. № 6. С. 102–104.

61. Доровская А.И. Научное обоснование оптимизации управления карьерой врачей в медицинских организациях: дисс. ... канд. мед. наук: 14.02.03. М., 2017. 166 с.

62. Доровская А.И., Еругина М.В., Коршевер Н.Г. Организационно-методическое обоснование оптимизации управления карьерой врачей в медицинских организациях / под общ. ред. В.А. Решетникова. Саратов: Изд-во Саратов. гос. мед. ун-та, 2016. 140 с.

63. Дорофеев С.Б., Бабенко А.И. Национальные стратегии формирования здорового образа жизни населения // Здравоохранение Российской Федерации. 2015. № 59 (6). С. 44–47.

64. Дорфман Ю.Р. Оценка и оптимизация адаптации военнослужащих, проходящих военную службу по контракту, к условиям военно-профессиональной деятельности: дис. ... канд. мед. наук: 03.00.13. Саратов, 2008. 226 с.

65. Дубель Е.В., Шепринский П.Е. Проверка санэпидсостояния медицинской организации. Как подготовиться к визиту ревизоров // Заместитель главного врача. 2017. № 5. С. 44–51.

66. Дьяченко В.Г., Рзянкина М.Ф., Солохина Л.В. Руководство по социальной педиатрии: учебное пособие. Хабаровск: Изд-во Дальневосточ. гос. мед. ун-та, 2012. 322 с.

67. Ежова Т.В., Ставская А.А. Информационные технологии на службе здравоохранения // Здравоохранение Российской Федерации. 2009. № 3. С. 30–34.

68. ЕРБ ВОЗ. Фаза IV (2003-2007 гг.) сети ВОЗ «Здоровые города» в Европе: цели и необходимые условия // Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения. Копенгаген, 2003. С. 21–31.

69. Еругина М.В., Коршевер Н.Г., Завалёва Е.В. Управление адаптацией выпускников медицинских вузов к условиям самостоятельной профессиональной

деятельности: исследование, оценка, оптимизация. Саратов: Изд-во СГМУ, 2014. 150 с.

70. Жиленко С.О. Оптимизация медицинского обеспечения безопасности военной службы в воинских частях: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33. Саратов, 2009. 156 с.

71. Завалева Е.В. Организационно-методические основы управления адаптацией выпускников медицинских вузов к условиям самостоятельной профессиональной деятельности: дис. ... канд. мед. наук. Саратов, 2016. 155 с.

72. Здоровье 21 – стратегия достижения здоровья для всех в Европейском регионе / Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения. Копенгаген, 1999. С. 10–16.

73. Здоровье и устойчивое развитие на местном уровне. Участие населения: подходы и методы // Устойчивое развитие и здоровье в Европе / под ред. Ю.А. Амбросимовой. М., 2003. Вып. 4. С. 35–48.

74. Здоровье-21: основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе (Европейская серия по достижению здоровья для всех, №6). Копенгаген: ВОЗ, Европейское региональное бюро, 1998. 44 с.

75. Зимина Е.И., Горькова Т.Ю. Системный подход к профессиональной подготовке управленческих кадров для здравоохранения // Социальные аспекты здоровья населения. 2010. Т. 15, № 3. С. 1–12.

76. Зинченко А.С., Колосова В.В., Сазонова М.В. Определение рационального варианта финансирования научной деятельности с использованием методов теории принятия решений // Вестник Московского государственного областного университета. Серия: экономика. 2017. № 1. С. 48–53.

77. Зинчук Ю.Ю. Опыт управления качеством медицинской помощи и эффективностью лечебного процесса в муниципальной больнице // Здравоохранение Российской Федерации. 2009. № 4. С. 3–10.

78. Иванов В.В. Методология и практика разработки автоматизированных

информационных систем медицинской службы Вооруженных Сил: дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.33. СПб., 2004. 376 с.

79. Иванов В.Н. Гуляев В.А., Голов Ю.С. Методологические аспекты оптимизации медицинского обеспечения с позиции теории функциональных систем // Воен.-мед. журн. 2000. Т. 321, № 1. С. 15–19.

80. Индикаторы научной и инновационной деятельности как ключевой механизм достижения конкурентоспособности организаций медицинской науки и образования / В.В. Койков, А.А. Сыздыкова, А.К. Оспанова, З.Б. Султанова // Денсаулык сактауды дамыту. 2013. № 3 (68). С. 55–73.

81. Какорина Е.П., Огрызко Е.В. Некоторые проблемы медицинской статистики в Российской Федерации // Менеджер здравоохранения. 2012. № 6. С. 40–46.

82. Калашников К.Н. Здравоохранение и экономика региона // Проблемы развития территории. 2011. № 1 (53). С. 61–66.

83. Кант В.И. Математические методы и моделирование в здравоохранении. М.: Медицина, 1997. 224 с.

84. Карымова Д.А., Денисенко Г.В. Методика социального аудита медицинских учреждений // Учет, анализ и аудит: проблемы теории и практики. 2015. № 15. С. 105–108.

85. Каспрук Л.И., Копылов Ю.Н. К вопросу об управлении качеством в здравоохранении на примере клинических лабораторных исследований // Справочник врача общей практики. 2015. № 8. С. 55–61.

86. Каспрук Л.И., Белов И.П., Кисловец О.В. Обучение бизнес-компетенциям управленческих кадров медицинских учреждений в условиях модернизации системы здравоохранения // Медсестра. 2012. № 2. С. 32–37.

87. Квинт В.Л. Стратегическое управление и экономика на глобальном формирующемся рынке. Перевод с англ. М.: Бюджет, 2012. 629 с.

88. Киселев А.С. Динамика здоровья населения в зависимости от доходов // Экономика здравоохранения. 2005. № 1. С. 22–29.

89. Киселёва Л.С. Социальные детерминанты здоровья россиян // Регионоведение. 2016. № 1. С. 133–142.
90. Кицул И.С., Пивень Д.В. Методические подходы к созданию системы оценки качества деятельности медицинской организации, её структурных подразделений и медицинских работников, участвующих в оказании медицинских услуг // Заместитель главного врача. 2014. № 1. С. 40–46.
91. Кицул И.С., Пивень Д.В. О контроле качества и безопасности медицинской деятельности в современных условиях // Заместитель главного врача: лечебная работа и медицинская экспертиза. 2013а. № 2. С. 48–52.
92. Кицул И.С., Пивень Д.В. Оценка результативности медицинской помощи с позиции новых требований по обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности // Заместитель главного врача: лечебная работа и медицинская экспертиза. 2013б. № 4. С. 44–47.
93. Климчук О.Г., Коршевер Н.Г., Касаткин Н.Н. Подготовка офицеров медицинской службы: гендерный подход / под общей ред. профессора Х.М. Галимзянова. Астрахань: Изд-во Астрах. гос. мед. ун-та, 2017. 220 с.
94. Князюк Н.Ф., Долинская Ю.В. Применение процессного подхода к оценке удовлетворенности потребителей качеством медицинских услуг // Заместитель главного врача. 2014. № 10 (101). С. 34–43.
95. Князюк Н.Ф., Кицул И.С. Методология построения интегрированной системы менеджмента медицинских организаций. М.: Менеджер здравоохранения, 2013. 312 с.
96. Колтун М.А., Сапон К.С. Некоторые проблемы автоматизации задач в сфере здравоохранения // Аллея науки. 2018. № 1 (17). С. 838–840.
97. Колядо Е.В., Лазарев В.С., Перфильев А.А. Рейтинговая оценка деятельности центральных районных больниц Алтайского края // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). 2013. Т. 120, № 5. С. 91–94.
98. Коммуникации как основа межсекторального взаимодействия при организации профилактики хронических неинфекционных заболеваний /

Р.А. Хальфин, В.В. Мадьянова, А.А. Зеленина, В.Г. Винокуров, А.М. Алленов // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2017. № 9. С. 3–11.

99. Концептуальные подходы к подготовке специалистов в области управления здравоохранением / В.А. Решетников, Г.П. Сквирская, Л.Е. Сырцова, И.И. Косаговская, С.Г. Боярский // Здравоохранение Российской Федерации. 2013. № 6. С. 9–14.

100. Концепция факторов риска для здоровья населения / П.Ф. Кику, Д.С. Жигаев, Н.С. Шитер, К.М. Сабирова, М.А. Мезенцева // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. 2016. № 62. С. 101–117.

101. Кораблев В.Н. Оценка результативности и эффективности системы здравоохранения и медицинских организаций. Хабаровск: Изд-во Дальневост. гос. мед. ун-та, 2015. 236 с.

102. Кораблев В.Н., Дементьева Е.Л. Система показателей оценки эффективности медицинской помощи в здравоохранении // Дальневосточный медицинский журнал. 2014. № 4. С. 94–98.

103. Кораблев В.Н., Ратманов П.Э. Методика интегральной оценки деятельности системы здравоохранения и учреждений здравоохранения: метод. рекомендации. Хабаровск: Изд-во Дальневост. гос. мед. ун-та, 2006. 113 с.

104. Коробейников А.А. Взаимосвязь образования и здоровья как абсолютных ценностей // Философские науки. 2009. № 11. С. 99–109.

105. Коршевер Н.Г. Адаптация и военно-профессиональная подготовка // Воен.-мед. журн. 1997. Т. 318, № 4. С. 51–53.

106. Коршевер Н.Г. Копотев Л.И., Золотарев Е.В. Оптимизации обеспечения воинских частей медицинской техникой и имуществом // Военно-медицинский журнал. 2002. № 12. С. 41.

107. Коршевер Н.Г. Медицинские аспекты профессионального становления молодых летчиков-истребителей. М.: МО СССР, 1990. 91 с.

108. Коршевер Н.Г. Системный подход и оптимизация подготовки военных врачей на кафедре организации и тактики медицинской службы.

Саратов: изд-во Сар. ВМедИ, 2000. 50 с.

109. Коршевер Н.Г. Системный подход и организация медицинского обеспечения. Саратов, 1996. 30 с.

110. Коршевер Н.Г., Гречишников А.В. Оптимизация медицинского обслуживания населения муниципального района. Саратов: Саратовский военно-медицинский институт, 2010. 172 с.

111. Коршевер Н.Г., Жиленко С.О. Оптимизация медицинского обеспечения безопасности военной службы. Саратов: Саратовский военно-медицинский институт, 2010. 157 с.

112. Коршевер Н.Г., Кан С.А. Организационно-методические аспекты оптимизации деятельности военно-врачебной комиссии военного комиссариата субъекта Российской Федерации. Саратов: Саратовский военно-медицинский институт, 2010. 193 с.

113. Коршевер Н.Г., Ситмбетов Д.А. Сокращение военной службы по призыву до одного года: особенности адаптации к новым условиям военно-профессиональной деятельности. Саратов: Изд-во СГМУ, 2011. 154 с.

114. Кочуров А.М., Пестова А.Ю., Чернова О.Е. Здоровьесбережение – перекресток взаимодействия власти, науки, здравоохранения и образования [Электронный ресурс] // Всероссийский Конгресс по школьной и университетской медицине с международным участием. М., 2010. URL: http://metodika.68edu.ru/docs/vladimir/norm/objectv_o_zdorovie_semie.pdf (дата обращения: 09.09.2018).

115. Кошевой О.С., Голосова Е.С., Сеидов Ш.Г. Организация экспертного опроса с привлечением специалистов органов государственного и муниципального управления // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Общественные науки. 2012. № 1 (21). С. 98–107.

116. Крупина А.А. Особенности проверки медицинских организаций Роспотребнадзором. Какие нарушения медицинских организаций не ускользнут от внимания проверяющих? Самые распространенные ошибки: от серьезных

нарушений до мелочей // Правовые вопросы в здравоохранении. 2015. № 9. С. 40–51.

117. Крупнов П.А. Оптимизация медицинского обеспечения воинских частей в мирное время: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33. М., 2006. 160 с.

118. Куликов А.М., Ипполитова М.Ф. Современная идеология медико-социальной помощи подросткам // Современные проблемы подростковой медицины и репродуктивного здоровья молодежи: сб. тр. Всероссийской научно-практической конференции. СПб., 2017. С. 8–17.

119. Кучма В.Р. Межсекторальное взаимодействие при формировании здорового образа жизни детей и подростков: проблемы и пути решения // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. 2014. № 3. С. 4–9.

120. Кучма В.Р. Современная модель деятельности медицинских организаций по профилактике заболеваний воспитанников и обучающихся, состояний, обусловленных жизнедеятельностью детей // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. 2014. № 1. С. 4–10.

121. Лаборатория межсекторальных стратегий по обеспечению здоровья [Электронный ресурс]. URL: <http://www.mma.ru/science/nii/pabl/dep/polit/strat/> (дата обращения: 19.09.2018).

122. Лавриненко О.В. Формирование и оптимизация территориальной системы медицинского обеспечения в Саратовской зоне ответственности: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33. Саратов, 2000. 165 с.

123. Лебедева-Несевря Н.А. Теория, методология и практика анализа социально детерминированных рисков здоровью населения: дис. ... д-ра социол. наук: 14.02.05. Волгоград, 2014. 369 с.

124. Линденбратен А.Л., Ковалева В.В. Контроль качества организации медицинской помощи: современные подходы // Здравоохранение. 2011. № 6. С. 50–55.

125. Лисицын Ю. П. Социальная гигиена и организация здравоохранения // Проблемные лекции. М.: Медицина, 1992. 512 с.

126. Лисицын Ю.П. Здоровый образ жизни. История и современность. М.: НИИ истории медицины РАМН, 2012. 136 с.
127. Лисицын Ю.П. Образ жизни и здоровье. М.: МГМСУ, 2011. 192 с.
128. Лисицын Ю.П. Перестройка здравоохранения и задачи научных исследований стратегии // Здоровье человека в условиях НТР. Методологические аспекты. Новосибирск, 1989. С. 11–12.
129. Лисицын Ю.П. Теория медицины на стыке веков – XX и XXI. М.: ВУНМЦ, 1998. С. 23–89.
130. Лузан С.Г. Организация межсекториальной деятельности Центральной районной больницы: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33. М., 1996. 138 с.
131. Магомедова С.А. К вопросу об организации санитарно-просветительной работы с населением на территориальном уровне // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2012. № 6. С. 56–58.
132. Магомедова С.А., Ильинцев Е.В. Особенности санитарно-просветительной работы врачей в городской и сельской местности Республики Дагестан // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2012. № 5. С. 32–34.
133. Максимов Г.К., Поляков И.В., Водяненко И.М. Управленческий анализ сельского здравоохранения: межрегиональный аспект. Саратов; СПб.: Ориент, 2001. 257 с.
134. Малин А.С., Мухин В.И. Исследование систем управления. М.: ГУ ВШЭ, 2002. 400 с.
135. Масленников В.Е. Особенности отбора экспертов // Социология. 2010. № 2. С. 82–93.
136. Медеубеков У.Ш., Божбанбаева Б.М., Арингазина А.М. Межсекторальное взаимодействие в целях снижения числа дорожно-транспортных происшествий // Вестник хирургии Казахстана. 2017. № 2 (51).

С. 71–76.

137. Медико-социальные причины возникновения отклонений в состоянии здоровья дошкольников / О.Р. Зубайдуллина, А.А. Казак, Т.Р. Зулькарнаев, Е.А. Поварго // Российская гигиена – развивая традиции, устремляемся в будущее: материалы XII Всероссийского съезда гигиенистов и санитарных врачей. М.: Дашков и К, 2017. С. 477–480.

138. Медицинская статистика в свете реформирования системы здравоохранения / Л.А. Бокерия, И.Н. Ступаков, Р.Г. Гудкова, Н.М. Зайченко // Здравоохранение Российской Федерации. 2005. № 5. С. 31–35.

139. Межсекторальное взаимодействие образования, науки и практики как гарантия эффективной подготовки кадров / Ю.В. Вороненко, О.Г. Шекера, В.В. Краснов, Н.В. Медведов, О.М. Вернер // Семейная медицина. 2014. № 4 (54). С. 10.

140. Методические рекомендации по изучению физического здоровья населения / О.П. Щепин, В.А. Медик, В.И. Стародубов и др. М., 2007. 70 с.

141. Методическое руководство по медицинской профилактике / К.Р. Амлаев, В.Н. Муравьева, В.О. Францева, Т.Н. Трегубова. Ставрополь, 2004. С. 51.

142. Методы определения коэффициентов важности критериев / А.М. Анохин, В.А. Глотов, В.В. Павельев, А.М. Черкашин // Автоматика и телемеханика. 1997. № 8. С. 3–35.

143. Милосердов В.П. Совершенствование системы специализированной стационарной медицинской помощи населению региона (на примере Саратовской области): дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.33. СПб., 2005. 307 с.

144. Мирсагатова М.Н. Межведомственное взаимодействие институтов социума по предупреждению семейного неблагополучия и социального сиротства: уровни и механизмы // Отечественный журнал социальной работы. 2012. № 1. С. 149–155.

145. Михайлова А., Буравлева А. Межсекторное взаимодействие как

механизм создания социальных инноваций // Проблемы теории и практики управления. 2017. № 3. С. 77–84.

146. Мишин В.М. Исследование систем управления. 2-изд. стереотип. М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2005. 527 с.

147. Москаленко В.Ф. Концептуальные подходы к формированию современной профилактической стратегии в здравоохранении: от профилактики медицинской к профилактике социальной: монография. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. 240 с.

148. Мудрогелов Д.М. Экспертная система многокритериальной оценки показателей развития АПК региона // Экономика сельскохозяйственных и перерабатывающих предприятий. 2009. № 5. С. 46–49.

149. Найговзина Н., Филатов В. О некоторых подходах к укреплению здоровья населения и развитию здравоохранения России на долгосрочную перспективу // Экономическая политика. 2009. № 5. С. 24–40.

150. Найговзина Н.Б., Конаныхина А.К., Кочубей А.В. Задачи подготовки и непрерывного профессионального развития административно-управленческих кадров здравоохранения в системе дополнительного профессионального образования // Здравоохранение Российской Федерации. 2016. Т. 60, № 1. С. 35–40.

151. Наконечный С.В. Организационно-методические аспекты оптимизации медицинского обеспечения боевой подготовки воинских частей: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33. Саратов, 2007. 153 с.

152. Новиков В.С., Чепрасов В.Ю. Функциональные состояния летчика. СПб.: ВМедА, 1993. 48 с.

153. Нурмуханбетова Р.Н. Принципы и подходы новой организации здравоохранения в Республике Казахстан // Наука, новые технологии и инновации. 2009. № 4. С. 95–99.

154. Обзор социальных детерминант и разрыва по показателям здоровья в Европейском регионе ВОЗ: заключительный доклад [Электронный ресурс].

Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2014. URL: <http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2013/review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-who-european-region.-final-report> (дата обращения: 19.09.2018).

155. Организация, методы и средства санитарно-просветительной работы / Л.Ф. Лучшева, О.Г. Рыбак, С.В. Тармаева, Л.В. Бондаренко, З.А. Снурницына // Здоровоохранение Дальнего Востока. 2016. № 2 (68). С. 62–64.

156. Ореховский П.А. Анализ и социально-экономическое прогнозирование развития города // Городское управление. 1997. № 9. С. 54–60.

157. Ориховская Е.Н. Проверки медицинских организаций надзорными органами: лицензионный контроль // Правовые вопросы в здравоохранении. 2014. № 6. С. 44–54.

158. Отчет по итогам работы круглого стола с международным участием «Роль межведомственного сотрудничества в профилактике неинфекционных заболеваний и укреплении здоровья населения на страновом, региональном и муниципальном уровне» / М.В. Попович, И.С. Глазунов, Е.В. Усова, Е.С. Данилова, Д.А. Соловьев, В.А. Зиновьева, Е.Ю. Забина. М.: Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Минздрава России, 2015. 8 с.

159. Оценка воздействия на здоровье: руководство для городов. Документ 1. Методические основы: концепции, процессы реализации, используемые методы. От теории к практике [Электронный ресурс] / пер. Ю.Е. Абросимовой. World Health Organization, 2005. 45 с. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/101501/HIA_toolkit_1R.pdf. (дата обращения: 11.06.2019).

160. Павлов В.В. Суслин С.А., Каширин А.К. Современные подходы к организации медицинской помощи населению в сельской местности // Здоровоохранение Российской Федерации. 2008. № 3. С. 15–18.

161. Паниотто В., Максименко В., Харченко Н. Статистический анализ

социологических данных. Киев: КМ Академия, 2004. 270 с.

162. Панова Л.В. Модель социальных детерминант как основа многоуровневой методологии изучения здоровья // Петербургская социология сегодня: сб. науч. тр. Социол. ин-та РАН. СПб., 2013. Вып. 4. С. 221–252.

163. Парахина В.Н. Максименко Л.С., Панасенко С.В. Стратегический менеджмент. М.: Кнорус, 2003. 63 с.

164. Пересыпкина Т.В. Медико-социальные аспекты профилактики хронической неинфекционной патологии // Здоровье ребенка. 2017. Т. 12, № 2. С. 182–187.

165. Петрова Н.Г., Балохина С.А. Маркетинг в управлении медицинскими учреждениями // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2009. № 3. С. 22–24.

166. Пивень Д.В., Кицул И.С. О формировании новой системы контроля качества и безопасности медицинской деятельности в здравоохранении Российской Федерации // Менеджер здравоохранения. 2013. № 2. С. 16–26.

167. Подготовка городского плана «Здоровье и устойчивое развитие» / под ред. Ю.А. Амбросимовой, Л.А. Игнатовой, В.Л. Ушакова. М., 1999. 94 с.

168. Полковов С.В. Многокритериальная оценка и оптимизация работы по охране здоровья военнослужащих: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33. Саратов, 1999. 163 с.

169. Полунина Н.В., Пивоваров Ю.П., Милушкина О.Ю. Профилактическая медицина – основа сохранения здоровья населения // Вестник Российского государственного медицинского университета. 2018. № 5. С. 5–13.

170. Полька Н.С., Коблянская А.В., Скляренко К.А. Современные подходы к вопросам охраны окружающей среды и здоровья детей // Здоровье и окружающая среда. 2016. № 26. С. 93–97.

171. Поляков И.В., Кудрявцев А.А. Обоснование медико-экономического стандарта (на примере детской острой черепно-мозговой травмы) // Проблемы соц. гиг. и ист. мед. 1998. № 4. С. 29–32.

172. Предварительный второй доклад о социальных детерминантах и различиях в состоянии здоровья населения. Баку: ВОЗ, Европейское региональное бюро, 2011. 94 с.

173. Проект «Развитие межсекторального взаимодействия по вопросам ВИЧ/ТБ» [Электронный ресурс]. Украина, 2009. URL: http://www.lhsi.org.ua/index.php?option=com_content&task=view&id=98&Itemid=120 (дата обращения: 09.09.2018).

174. Проект «Разработка механизмов межведомственного и межсекторального взаимодействия при реализации Стокгольмской конвенции в Кыргызской Республике» [Электронный ресурс]. URL: <http://www.ecoaccord.org/pop/iper/pechenuk.htm> (дата обращения: 09.09.2018).

175. Проскуракова Л.А. Научное обоснование системы сохранения здоровья студентов (на примере вузов Новокузнецкого городского округа): дис. ... д-ра биол. наук: 14.02.01. Иркутск, 2014. 350 с.

176. Пузанова О.Г. Доказательная профилактика в здравоохранении: методологические основы и информационное обеспечение // Проблемы здоровья и экологии. 2013. № 4 (38). С. 12–21.

177. Пуртов И.А. Оптимизация организации боевой подготовки личного состава медицинской службы воинской части: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33. Саратов, 2008. 105 с.

178. Работа по охране здоровья военнослужащих: многокритериальная оценка и оптимизация / В.А. Решетников, Н.Г. Коршевер, А.Н. Гуров, С.В. Полковов. Саратов: Изд-во Сарат. гос. мед. ун-та, 1999. 161 с.

179. Развитие межсекторального взаимодействия в интересах здоровья и благополучия в Европейском регионе ВОЗ. Здоровье – это политический выбор. [Электронный ресурс] // Европейский региональный комитет. Шестидесят пятая сессия. Вильнюс, 2015. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/284955/65wd16r_PromotingIntersectoralAction_150619.pdf (дата обращения: 18.09.2018).

180. Реброва О.Ю., Ракина Е.А. Доказательная медицина: внедрение в Российское здравоохранение // Здравоохранение. 2014. № 7. С. 62–67.

181. Результаты исследования качества и доступности медицинской помощи в учреждениях здравоохранения: «Кто виноват и что делать?» / О.С. Кобякова, И.А. Деев, Е.С. Куликов, Е.А. Старовойтова, К.В. Хомяков, О.О. Воробьева // Здравоохранение Российской Федерации. 2016. Т. 60, № 4. С. 219–224.

182. Решетников А.В. Социальный институт медицины (часть 1) // Социология медицины. 2018. Т. 17, № 1. С. 4–11.

183. Решетников В.А., Коршевер Н.Г., Доровская А.И. Подготовка специалистов в области управления здравоохранением: значимость формирования компетенций // Казанский медицинский журнал. 2015. Т. 96, № 6. С. 1049–1053.

184. Решетников В.А., Коршевер Н.Г., Доровская А.И. Компетентностный подход к подготовке специалистов в области управления здравоохранением // Сеченовский вестник. 2016. № 2 (24). С. 27–32.

185. Решетников В.А., Лавриненко О.В., Коршевер Н.Г. Оптимизация боевой подготовки личного состава медицинской службы // Военно-медицинский журнал. 2004. Т. 325, № 12. С. 9–15.

186. Роль межсекторального взаимодействия в обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия в период паводка (на примере Тюменской области) / Г.В. Шаруха К.Г. Олейник, Ю.И. Распопова, М.Ю. Золотарева // Здоровье населения и среда обитания. 2017. № 6 (291). С. 44–47.

187. Савичева Н.М., Федорович В.А. Модель межведомственного взаимодействия в формировании здорового образа жизни // Современные проблемы гуманитарных и естественных наук: материалы XXXIV международной научно-практической конференции. М.: Институт стратегических исследований, 2017. С. 157–162.

188. Сазанова Г.Ю. Научное обоснование повышения эффективности организации медицинской помощи пациентам терапевтического профиля: дис. ...

д-ра мед. наук: 14.02.03. Саратов, 2017. 288 с.

189. Самородская И.В., Семёнов В.Ю., Бойцов С.А. Влияние медицинских и немедицинских факторов на смертность населения: генетические, фенотипические и поведенческие факторы // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2018. Т. 26, № 5. С. 260–265.

190. Сафронов В.В. Методы и алгоритмы построения оптимальных структур сложных технических систем. Саратов: Изд-во Саратов. филиала Воен.-артиллер. ун-та, 2000. 162 с.

191. Сафронов В.В. Методы многокритериальной оптимизации. Саратов: Саратов. высш. воен. команд.-инженер. училище ракет. войск, 1996. Ч. 3. 22 с.

192. Сафронов В.В. Методы многокритериальной оптимизации. Саратов: Саратов. высш. воен. команд.-инженер. училище ракет. войск, 1995. Ч. 1, 2. 68 с.

193. Сенчугов С.В. Профилактика ИППП: межсекторальное взаимодействие [Электронный ресурс] // Сб. публ. Казань: Республиканский клинический кожно-венерологический диспансер, 2009. URL: <http://www.dermatology.ru/collections/profilaktika-ipp-p-mezhsektoralnoe-vzaimodeistvie> (дата обращения: 12.09.2018).

194. Сергеев И.П. Организация консультативно-диагностической помощи сельскому населению: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33. СПб., 2001. 134 с.

195. Сибурина Т.А., Барскова Г.Н., Лохтина Л.К. Кластерный механизм межсекторального сотрудничества в интересах здоровья населения // Социальные аспекты здоровья населения. 2012. Т. 25, № 3. С. 1.

196. Сибурина Т.А., Князев А.А. Стратегический резерв руководящих кадров: результаты эмпирического анализа и рекомендации по формированию (на примере здравоохранения) // Менеджмент и бизнес-администрирование. 2013. № 3. С. 142–162.

197. Сидельников С.А., Коршевер Н.Г. Организационно-методический инструментальный совершенствования обеспечения воинской части медицинской техникой и имуществом // Саратовский научно-медицинский журнал. 2007. № 4

(18). С. 35–36.

198. Сизикова В.В., Аникеева О.А. Социальное партнерство в формировании активной жизненной позиции лиц с инвалидностью // Социальная безопасность и защита человека в условиях новой общественной реальности. Современные научные подходы и формы социальной практики в социальной работе с людьми, имеющими инвалидность: сб. материалов VIII Международной научно-практической конференции. Пермь, 2016. С. 255–261.

199. Ситмбетов Д.А. Исследование и оптимизация адаптации военнослужащих, проходящих военную службу по призыву в течение одного года, к условиям военно-профессиональной деятельности: дис. ... канд. мед. наук: 03.03.01. Саратов, 2011. 145 с.

200. Скворцова В.И. Об итогах работы министерства здравоохранения Российской Федерации в 2017 году [Электронный ресурс] // Минздрав РФ, 2017. URL: <https://www.rosminzdrav.ru/news/2018/03/30/7544-vystuplenie-ministra-veroniki-skvortsovoy-na-itogovoy-kollegii-minzdrava-rossii> (дата обращения: 15.09.2018).

201. Скворцова В.И. Система координат для дальнейшего движения // Медицина: целевые проекты. 2018. № 31. С. 6–7.

202. Словарь русского языка. М.: Русский язык, 1985. С. 141.

203. Смышляев А.В., Мельников Ю.Ю., Артёмова П.В. Процессно-ориентированный подход в управлении здравоохранением в Российской Федерации на современном этапе: ключевые проблемы и перспективы развития // Проблемы экономики и юридической практики. 2018. № 3. С. 37–42.

204. Соболева М.М. Конституционно-правовые основы взаимодействия полиции и институтов гражданского общества в сфере защиты личных прав и свобод человека и гражданина // Вестник Воронежского института МВД России. 2013. № 2. С. 71–74.

205. Совершенствование управления здравоохранением. Организация общей врачебной практики. Укрепление здоровья и профилактика

неинфекционных заболеваний: Методические рекомендации по развитию здравоохранения [Электронный ресурс] / Ю.Л. Шевченко, А.И. Вялков, Р.А. Хальфин, В.И. Стародубов, И.М. Шейман, С.М. Шишкин. М.: Минздрав РФ, 2003. URL: <http://www.tokb.ru/elibrary/book/med/01metrus1.pdf>. (дата обращения: 05.09.2018).

206. Советский энциклопедический словарь. М.: Советская энциклопедия, 1980. С. 943.

207. Современные аспекты экспертизы связи заболевания с профессией в Казахстане / А.У. Аманбеков, К.З. Сакиев, А.У. Аманбекова, Л.К. Ибраева, М.Б. Отарбаева, Г.М. Джакупбекова // Медицина труда и промышленная экология. 2017. № 5. С. 15–18.

208. Современные подходы к проектированию учреждений здравоохранения как основа применения современных технологий, безопасности и качества медицинской помощи / А.В. Тимофеев, Г.Б. Ерёмин, Н.А. Мозжухина, А.О. Карелин // Менеджер здравоохранения. 2016. № 5. С. 55–65.

209. Содействие социальному и экономическому развитию: устойчивые межсекторальные действия по повышению уровня здоровья и справедливости в области здравоохранения (выполнение решений восьмой Глобальной конференции по укреплению здоровья) [Электронный ресурс]. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2015. URL: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_17-ru.pdf. (дата обращения: 19.09.2018).

210. Состояние контингента больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, в Российской Федерации, межсекторальное и межведомственное взаимодействие при организации противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией / О.П. Фролова, И.В. Щукина, О.А. Новоселова, М.В. Волик, В.А. Стаханов // Туберкулёз и болезни лёгких. 2014. Т. 91, № 4. С. 26–31.

211. Социально-гигиенические факторы качества жизни населения Приморского края / О.А. Измайлова, П.Ф. Кику, Н.С. Шитер, В.Г. Морева,

К.М. Сабирова, К.В. Кондратьев // Здравоохранение Российской Федерации. 2017. Т. 61, № 5. С. 228–334.

212. Социальные детерминанты здоровья [Электронный ресурс] // Информационный бюллетень. Документационный центр Всемирной организации здравоохранения. М.: ФГБУ Центральный НИИ Организации и информатизации здравоохранения, 2010. Выпуск 2. URL: <http://whodc.mednet.ru/ru/component/attachments/download/79.html> (дата обращения: 17.09.2018).

213. Степанова М.И., Березина Н.О., Сазанюк З.И. Особенности жизнедеятельности и состояния здоровья современных дошкольников // Здоровье населения и среда обитания. 2016. № 8 (281). С. 13–15.

214. Степин В.С. Научная рациональность в техногенной культуре: типы и историческая эволюция // Вопросы философии. 2012. № 5. С. 18–25.

215. Столяров А.А., Живодрова С.А. Государственное управление кадровым потенциалом в системе здравоохранения (на примере среднего медицинского персонала) // Actualscience. 2017. Т. 3, № 2. С. 93–95.

216. Ступаков И.Н., Самородская И.В. Доказательная медицина в практике руководителей управления здравоохранением всех уровней. М.: Изд-во МЦФЭР, 2007. 447 с.

217. Судаков К.В. Опыт применения теории функциональных систем для оценки состояния здоровья человека в реальных производственных условиях // Вестник АМН СССР. 1984. № 1. С. 10–19.

218. Судаков К.В. Теоретическая физиология: развитие в научной школе П.К. Анохина // Вестник РАМН. 1994. № 10. С. 3–10.

219. Судаков К.В. Функциональные системы организма в динамике патологических состояний // Клиническая медицина. 1997. Т. 75, № 10. С. 4–11.

220. Судаков К.В. Функциональные системы организма. М.: Медицина, 1987. 432 с.

221. Сырцова Л.Е. Система медицинской профилактики хронических

неинфекционных заболеваний в период реформирования здравоохранения: дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.33. М., 1996. 370 с.

222. Ташметов К.К. Межсекторальное взаимодействие – важный фактор в реализации госпрограммы «Саламатты Қазақстан» // Экономика и право: теоретические и практические проблемы современности: материалы Международной научно-практической конференции. Казань, 2016. С. 235–237.

223. Тебекин А.В. Методы принятия управленческих решений на основе теории игр как группа методов класса принятия стратегических решений на основе оптимизации показателей эффективности // Стратегии бизнеса. 2018. № 10 (54). С. 3–12.

224. Теория статистики / Р.А. Шмойлова, В.Г. Минашкин, Н.А. Садовникова, Е.Б. Шувалова. М.: Финансы и статистика, 2008. 656 с.

225. Тетерюк А.С. Роль деловых ассоциаций в GR-менеджменте в России // Экономика и бизнес: теория и практика. 2016. № 10. С. 125–130.

226. Тихонов А.Ф., Навасардян А.Г., Харьков Д.А. Автоматизированное проектирование систем управления технологией производства строительных смесей // БСТ: Бюллетень строительной техники. 2018. № 5 (1005). С. 32–34.

227. Токарев К.Е., Рогачев А.Ф. Информационное обеспечение принятия решений при многокритериальной оценке качества оказания услуг [Электронный ресурс] // Современные проблемы науки и образования. 2012. № 2. URL: <http://www.science-education.ru/102-5578> (дата обращения: 08.09.2018).

228. Трайстер С.В. Адаптация военнослужащих подразделений охраны к условиям военно-профессиональной деятельности и пути ее оптимизации: дис. ... канд. мед. наук: 03.00.13. Саратов, 2002. 138 с.

229. Трухина Г.М. Оценка микробиологического риска среды обитания для здоровья населения в системе социально-гигиенического мониторинга // Здравоохранение Российской Федерации. 2008. № 1. С. 44.

230. Тюрин А.В. Роль социально-экономических факторов в формировании здоровья населения Оренбургской области: дис. ... канд. мед. наук. 14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение. Оренбург, 2013. 154 с.

231. Улумбекова Г.Э., Гинойн А.Б., Калашникова А.В. Эффективность региональных систем здравоохранения России (рейтинг 2016 г.) // Оргздрав. Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. 2016. № 3. С. 35–42.

232. Фаррахов А.З. Научное обоснование совершенствования региональной системы охраны здоровья детского населения (комплексное социально-гигиеническое исследование на примере республики Татарстан): дисс. д-ра ... мед. наук: 14.02.03. М., 2014. 402 с.

233. Францева В.О. Научное обоснование и разработка системы межсекторального взаимодействия в решении медико-социальных проблем детей «группы риска» (социально-гигиеническое исследование): дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03. Ставрополь, 2011. 268 с.

234. Хайдарова Т.С., Игликова А.Э., Тилеуова А.А. Исследование характера питания и других поведенческих факторов риска развития заболеваний учащихся старших классов сельской местности // Вестник проблем биологии и медицины. 2015. Т. 3, № 2. С. 247–252.

235. Хайруллина А.Р., Байрамгулова Г.Р. Организация санитарно-просветительной работы и реализация национального проекта в ЛПУ Баймакского района Республики Башкортостан // Международный журнал экспериментального образования. 2017. № 3. С. 60.

236. Цыцорина И.А. Концептуальная модель оптимизации здравоохранения в области охраны здоровья населения (на примере Новосибирской области): дисс. ... д-ра мед. наук: 14.02.03. Новосибирск, 2011. 265 с.

237. Цейтлина Е.Ю. Многокритериальная оценка результатов учебной деятельности учащихся в условиях перехода к личностно ориентированному обучению // Известия Российского государственного педагогического

университета им. А.И. Герцена. 2008. № 60. С. 501–506.

238. Черевко С.Н., Моклецов Е.Н., Коршевер Н.Г. Оптимизация системы медицинского обслуживания сельского населения в условиях административного объединения города и села: системный подход // Бюл. НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. И.А. Семашко. 1999. Вып. 4. С. 102–110.

239. Чичерин Л.П., Согияйнен А.А. О путях укрепления здоровья подрастающего поколения России // Российская Академия медицинских наук. Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья. 2012. № 5. С. 145–151.

240. Шагеева Ф.Т., Иванов В.Г. Стандартизация новых образовательных технологий // Высшее образование в России. 2006. № 4. С. 129–132.

241. Шадриков В.Д. Проблемы системогенеза профессиональной деятельности. М.: Наука, 1982. 185 с.

242. Швец Ю.Ю. Институциональные основы развития системы здравоохранения Российской Федерации // Азимут научных исследований: экономика и управление. 2016. № 1 (14). С. 65–68.

243. Шуева М.К. Политика формирования здорового образа жизни молодого поколения в Новосибирской области: состояние и перспективы // Здоровый образ жизни – стратегический приоритет национального проекта «Здоровье». Новосибирск, 2012. С. 21–24.

244. Эйтингон В.Н., Кравец М.А., Панкратова Н.П. Методы организации экспертизы и обработки экспертных оценок в менеджменте. Воронеж: ВГУ, 2004. 44 с.

245. Экспертные оценки в социологических исследованиях / Крымский С.Б., Жилин Б.Б., Паниотто В.И. и др. Киев: Наукова думка, 1990. 320 с.

246. Юдин С.А. К вопросу об эффективности проводимой санитарно-просветительной работы в противотуберкулезных учреждениях на современном

этапе // Вестник Уральской медицинской академической науки. 2014. № 1 (47). С. 13–15.

247. Яковлев Ю.Р. Эффективность использования медицинских информационных систем // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. 2013. № 7 (1). С. 77–80.

248. Яницкий О.Н. Хромающая экосоциология // Вестник института социологии. 2010. № 1 (1). С. 230–241.

249. Ярошенко С.Г. Эволюционный подход к пониманию роли кластеров в совершенствовании взаимодействия субъектов социально-экономической системы региона // Вестник Ростовского государственного экономического университета (РИНХ). 2015. №3 (51). С. 108–114.

250. Ясько Б.А. Психология менеджмента в системе здравоохранения: компетентностный подход // Вестник Адыгейского государственного университета. Сер. 3: Педагогика и психология. 2011. Вып. 1 (72). С. 187–195.

Зарубежные источники

251. A conceptual framework for action on the social determinants of health [Electronic resource]. Geneva: WHO, 2010. URL: http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf (date of application: 19.09.2018).

252. A scoping review of intersectoral action for health equity involving governments [Electronic resource] / K. Shankardass, O. Solar, K. Murphy, L. Greaves, P. O'Campo // Int J Public Health. 2012. P. 25–33. URL: http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/128991/Shankardass_Ketan.pdf?sequence=1 (date of application: 14.11.2018).

253. Adeleye O.A., Ofili A.N. Strengthening Intersectoral Collaboration for Primary Health Care in Developing Countries: Can the Health Sector Play Broader Roles? [Electronic resource] // Journal of Environmental and Public Health. 2010. Article ID 272896. P. 1–6. URL: <https://www.hindawi.com/journals/jeph/2010/272896/> (date of application: 14.11.2018).

254. Bartley M. Health and the life course: why safety nets matter // Br. Med. J. 1997. № 314. P. 1194–1196.
255. Barton H., Mitcham C. Healthy Urban Planning in practice: experience of European cities // WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 2002. 59 p.
256. Behavioral and structural factors in the explanation of socio-economic inequalities in health: An empirical analysis / K. Stronks, H.D. van de Mheen, C.W.N. Looman, J.P. Mackenbach // Sociology of health and illness. 1996. № 18. P. 653–674.
257. Binder P. Biomedical research: its mission within the French Military Medical Service // Mil. Med. 1999. Vol. 164, № 5. P. 341–345.
258. Borkan G.A., Norris A.H. Measurement of biological age using a profile of physical parameters // J. Gerontol. 1980. Vol. 35, № 2. P. 177–184.
259. Boyd J.C., Lacher D.A. The multivariate reference range: an alternative interpretation of military profiles // Clin. Chem. 1982. Vol. 28, № 2. P. 259–265.
260. Children's Environment and Health Action Plan [Electronic resource] // Fourth Ministerial Conf. on Environmental and Health. Budapest, 2004. 10 p. URL: www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/78639/E83338.pdf (date of application: 26.09.2018).
261. Cioffi J. Triage Decision Making Educational Strategies // Accident and Emergency Nursing. 1999. Vol. 7, № 2. P. 106–111.
262. City Health Profiles. A review of progress // WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 1998. P. 23–38.
263. Clarke D. Law, regulation and strategizing for health [Electronic resource] // WHO. Strategizing national health in the 21st century: a handbook. 2016. Chapter 10. 56 p. URL: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250221/9789241549745-chapter10-eng.pdf?sequence=1> (date of application: 12.11.2018).
264. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health [Electronic resource] // Final report of the Commission on

Social Determinants of Health World Health Organization. Geneva, 2008.
URL: http://www.searo.who.int/LinkFiles/SDH_SDH_FinalReport.pdf (date of application: 19.09.2018).

265. Community participation in local health and sustainable development: A working document on approaches and techniques // European Sustainable Development and Health Series. 2000. № 4. P. 67–85.

266. Cronin P. Automation optimizes nursing workflow. An organization follows its pledge to lead with process, enable with technology // Health Inform. 2004. Vol. 21, № 5. P. 56.

267. Danaher A. Reducing Health Inequities: Enablers and Barriers to Intersectoral Collaboration [Electronic resource] // Wellesley Institute. Toronto. 2011. 20 p.
URL: <https://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2012/09/Reducing-Health-Inequities-Enablers-and-Barriers-to-Intersectoral-Collaboration.pdf> (date of application: 14.11.2018).

268. Davidson S. Spinning the wheel of empowerment // Planning. Issue 1262. 1998. P. 14–15.

269. Davies J. The Devil is in the Detail // H.S.J. 2000. Vol. 110, № 5807. P. 18–21.

270. Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Michigan: Health Administration Press, 1982. 251 p.

271. Donabedian A. Models of quality assurance: Leonard S. Osenfeld Memorial Lecture // S. Leonard: School of Public Health University of North Carolina in Chapel Hill. Chapel Hill, 1993. February. P. 25–35.

272. Donabedian A. The Criteria and Standards of Quality // JAMA. 1988. Vol. 260. P. 1743–1748.

273. Donabedian A. The Methods and Findings of Quality Assessment and Monitoring. Michigan: Health Administration Press, 1985. 900 p.

274. Donabedian A. The quality of medical care methods for assessing and monitoring the quality of care for research and for quality assurance programs // Science. 1978. Vol. 200. P. 856–864.

275. Dyson S.L., Greene B, Fraher E.P. A shortage of health information management professionals: how would we know? // J. Allied Health. 2004. Vol. 33, № 3. P. 73–167.

276. Effectiveness of a systematic approach to promote intersectoral collaboration in comprehensive school health promotion-a multiple-case study using quantitative and qualitative data [Electronic resource] / K.K. Pucher, M.J. Candel, A. Krumeich, N.M. Boot, N.K. De Vries // BMC Public Health. 2015. 14 p. URL: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-1911-2> (date of application: 14.11.2018).

277. Engaging for health. Eleventh General Programme of Work, 2006-2015. A global health agenda [Electronic resource] // World Health Organization. Geneva, 2006. 56 p. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69379/GPW_eng.pdf?sequence=1 (date of application: 11.11.2018).

278. Factors shaping intersectoral action in primary health care services [Electronic resource] / J. Anaf, F. Baum, T. Freeman, R. Labonte, S. Javanparast, G. Jolley, A. Lawless, M. Bentley // Australian and New Zealand Journal of Public Health. 2014. Vol. 38. № 6. P. 553–559. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25376925> (date of application: 10.11.2018).

279. Freire M.S.M., Franco de Sá R.M.P., Gurgel I.G.D. Healthier Sairé: a intersectorial policy as a turning point for local equity [Electronic resource] // Cien Saude Colet. 2017. 22 (12). P. 3893–3902. URL: http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n12/en_1413-8123-csc-22-12-3893.pdf (date of application: 10.11.2018).

280. Hall P.D. Philanthropy, the Welfare State, and the Transformation of American Public and Private Institution, 1945-2000 // Hauser Center for Nonprofit Org. Working Paper. 2001. № 5. P. 58.
281. Hancock T. Planning and creating healthy and sustainable cities: the challenge for the 21st century // Our cities, our future: Policies and action plans for health and sustainable development / Ed. C. Price, A. Tsouros. Copenhagen, 1996. P. 65–88.
282. Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century // World Health Organization. Copenhagen, 2013. 190 p.
283. Health Equity Through Intersectoral Action: An Analysis of 18 Country Case Studies [Electronic resource] // World Health Organization. 2008. 52 p. URL: http://www.who.int/social_determinants/resources/health_equity_isa_2008_en.pdf (date of application: 12.11.2018).
284. Health systems. Emergency-care systems. Report by the Secretariat [Electronic resource] // World Health Organization. Geneva, 2007. 6 p. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/21953/b120_27-en.pdf?sequence=1&isAllowed=y (date of application: 12.11.2018).
285. Healthy Newcastle – Our city application for designation // WHO Healthy Cities project, phase III 1998-2002. Newcastle, 1998. P. 2–135.
286. Hendriks E.R. 25 jaar militaire sportgeneeskunde // Nederl. Mili Geneesk. 2000. Vol. 53, № 2. P. 56–57.
287. Human Development Report 2016 [Electronic resource] // United Nations Development Programme. N. Y., 2016. 286 p. URL: http://hdr.undp.org/sites/default/files/2016_human_development_report.pdf (date of application: 11.11.2018).
288. Human Rights, Health and Poverty Reduction Strategies [Electronic resource] // Health and Human Rights Publications Series. Is. № 5. 2010. 88 p. URL: www.who.int/hdp/publications/human_rights.pdf (date of application: 18.06.2018).

289. Implementation of human settlements policies on urban renewal and housing modernization – Vienna case study // WHO Regional Office for Europe. Geneva, 1998. P. 56–126.
290. Intersectoral Collaboration to Develop Health Equity Indicators in Iran [Electronic resource] / M. Beheshtian A. Olyaei Manesh, S.H. Bonakdar, H. Malek Afzali, B. Larijani, L. Hosseini, M. Zakeri, M. Vahid Dastgerdi // Iranian J. Publ Health. 2013. Vol. 42, suppl. 1. P. 31–35. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3712608/> (date of application: 14.11.2018).
291. Ison E. Health Impact Assessment Toolkit. 2005. URL: http://www.skb.org.tr/english/wp-content/uploads/2010/08/hia_tool_kit_1.pdf (date of application: 04.09.2018).
292. Ison, E. Resource for health impact assessment: the main resource // NHS Executive. 2000. Vol. 1–2. P. 18.
293. Jovanovic J. Marketing management in mobile environment // Актуальные вопросы экономики и управления на современном этапе развития общества: сборник докладов по итогам III Международной научно-практической интернет-конференции. Тула: Автономная некоммерческая организация высшего образования Институт законовещения и управления ВПА, 2016. С. 29–34.
294. Kang E. Intersectoral collaboration for physical activity in Korean Healthy Cities [Electronic resource] // Health Promotion International. 2016. № 31 P. 551–561. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25828262> (date of application: 13.11.2018).
295. Kang E., Park H.J., Kim J.E. Health Impact Assessment as a Strategy for Intersectoral Collaboration [Electronic resource] // Journal of Preventive Medicine and Public Health. 2011. Vol. 44. № 5. P. 201–209. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3249257/> (date of application: 13.11.2018).

296. Kirkley D., Rewick D. Evaluating clinical information systems // J. Nurs Adm. 2003. Vol. 33, № 12. P. 643–651.
297. Kleiner D. Innovative eco-neighbourhood projects // Sustainable settlements: a guide for planners, developers and designers / Ed. Barton. Bristol, 1995. P. 66–85.
298. Mahesh S., Crow S.M. Managing information technology human resources in health care // Health Care Manag. (Frederick). 2012. Vol. 31, № 1. P. 34–43.
299. McCain J.S. Making access to quality and affordable health care a reality for every American // JAMA. 2008. Vol. 300, № 16. P. 1925–1926.
300. McDaid D., Park A-L. Evidence on financing and budgeting mechanisms to support intersectoral actions between health, education, social welfare and labour sectors [Electronic resource] // WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 2016. 62 p. URL: http://eprints.lse.ac.uk/67725/1/McDaid_Evidence%20on%20financing_2016.pdf (date of application: 12.11.2018).
301. National Healthy Cities network in Europe // WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 2003. № 4. P. 25–98.
302. Neuss H. GVP aus der Perspektive der Landes gesundheits behörden // Workshop Gesund heits verträglichkeit sprfung – Health Impact Assessment. Bielefeld, Landes institut für den Öffentlichen Gesund heitsdienst, 2002. S. 27–28.
303. Newman P., Thornley A., Newman P. Urban planning in Europe. London: Routledge, 1996. P. 29.
304. Nicholls R., Raman S., Girdwood A. Can inter-sectoral collaboration improve adolescent sexual and reproductive health? [Electronic resource] // Health, media and education partnerships in developing countries, Human Resources for Health Knowledge Hub, University of New South Wales. Sydney, 2012. 18 p. URL: https://sphcm.med.unsw.edu.au/sites/default/files/sphcm/Centres_and_Units/MNRH_A_SRH_ISC_Report.pdf (date of application: 14.11.2018).

305. Oberholzer M., Brauchli K. Neue Kommunikationstechnologien bringen die Medizin «an die Front» // Schweiz. Zeitschr. Milit. Katastroph. 2002. Bd. 79, № 3. S. 64–68.
306. Our healthier nation: a contract for health // Department of health. L., 1998. P. 16–69.
307. Our Vision and Plans // WHO Regional Office for Europe. Bursa, 2005. P. 56–231.
308. Overview of the HLA Competency Directory Copyright [Electronic resource] // Healthcare Leadership Alliance. 2010. URL: <http://www.healthcareleadershipalliance.org/Overview%20of%20the%20HLA%20Competency%20Directory.pdf> (date of application 06.09.2018).
309. Project Hammarby Sjostad. A new district where technology meets ecology // WHO Regional Office for Europe. Stockholm, 1999. P. 6-152.
310. Pukinaitė V. Palankiausias dimensijos taikyti «sveikata visose politikose» strategiją [Electronic resource] // Sveikatos politika ir valdymas. 2015. Nr. 1 (8). P. 7–28. URL: [https://www.mruni.eu/upload/iblock/f11/SPV_2015_1\(8\)_01.pdf](https://www.mruni.eu/upload/iblock/f11/SPV_2015_1(8)_01.pdf) (date of application: 10.11.2018).
311. Ralph A. Social skills training: How can we tell is it works? // Austral. Psychol. 1988. Vol. 23, № 3. P. 305–314.
312. Rogers R. Cities for a small planet. L., 1997. P. 22–68.
313. Rokvić V., Jeftić Z. Health issues as security issues [Electronic resource] // VOJNO DELO. 2015. № 6. P. 53–69. URL: http://www.odbrana.mod.gov.rs/odbrana-stari/vojni_casopisi/arhiva/VD_6-2015/67-2015-6-06-Rokvic.pdf (date of application: 12.11.2018).
314. Ryou Y.J., Lee D.E. A Comparative Study on Chinese Social Enterprises [Electronic resource] // Annual Summit on Business and Entrepreneurial Studies (ASBES 2011) Proceeding. 2011. URL:

<http://econpapers.repec.org/paper/cms1asb11/2011-027-169> (date of application: 10.09.2018).

315. Sandars J., Schroter S. Web 2.0 Technologies for Undergraduate and Postgraduate Medical Education: An Online Survey // *Postgraduate Medical Journal*. 2007. P. 759–762.

316. Scott-Samuel A., Birley M., Arden K. The Merseyside guidelines for health impact assessment [Electronic resource] // Health Impact Assessment Consortium. Liverpool, 2001. URL: <http://www.ihia.org.uk/document/merseyguide3.pdf> (date of application: 04.09.2018).

317. Self-perception and knowledge of evidence based medicine by physicians / Aguirre-Raya K.A., Castilla-Peón M.F., Barajas-Nava L.A., Torres-Rodríguez V., Muñoz-Hernández O., Garduño-Espinosa J. // *BMC Medical Education*. 2016. № 16. P. 166.

318. Simonson E. The Concept and Definition of Normality // *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 1966. Vol. 134. P. 541–558.

319. Social determinants and Indigenous health: The International experience and its policy implications [Electronic resource] // Report on specially prepared documents, presentations and discussion at the International Symposium on the Social Determinants of Indigenous Health Adelaide. Commission on Social Determinants of Health. 2007. 41 p. URL: http://www.who.int/social_determinants/resources/indigenous_health_adelaide_report_07.pdf (date of application: 13.11.2018).

320. Suhrcke M., Rocco L., McKee M. Health: a vital investment for economic development in eastern Europe and central Asia [Electronic resource] // WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 2007. 280 p. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/74739/E90569.pdf?ua=1 (date of application: 12.11.2018).

321. The Bangkok Charter for health promotion in the globalized world [Electronic resource] // World health organization. 2005. URL:

http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/ (date of application: 24.09.2018).

322. The city of the future // Local authorities' health and environment briefing pamphlet series. 1997. № 27. P. 45–96.

323. The Ottawa Charter for health promotion // Health Promotion International. 1986. Vol. 1, is. 4. P. 405.

324. The Povel experience: a local solution for a global challenge – Germany. New York and Nairobi // Together Foundation and United Nations Centre for Human Settlements. N. Y., 1998. P. 25–69.

325. The world health report 2007. A safer future: global public health security in the 21st century [Electronic resource] // WHO Regional Office for Europe. Geneva, 2007. 24 p. URL: http://www.who.int/whr/2007/07_overview_en.pdf?ua=1 (date of application: 10.11.2018).

326. Towards health security. A discussion paper on recent health crises in the WHO European Region [Electronic resource] // WHO Regional Office for Europe. 2007. 80 p. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/78990/E90175.pdf?ua=1 (date of application: 11.11.2018).

327. Tsourou C. Pianificazione urbanistica e salute implicazioni della stratega dell'oms «salute per tutti» nella pianificazione urbanistica in Europa (Urban planning and health: implications of the WHO strategy for health for all for, urban planning in Europe): Thesis. Venice, 1998. P. 182–185.

328. Tsourou C. Proceedings of a seminar on healthy urban planning organized by WHO. Milan, 2000. P. 58–74.

329. Twenty steps for developing a Healthy Cities project // WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 1992. P. 21–86.

330. Types of unintended consequences related to computerized provider order entry / E.M. Campbell, D.F. Sittig, J.S. Ash, K.P. Guappone, R.H. Dykstra // J Am Med Inform Assoc. 2006. Vol. 13, № 5. P. 547–556.

331. Whitehead M., Dahlgren G. What can we do about inequalities in health // *Lancet*. 1991. № 338. P. 1059–1063.
332. WHO and reform of the United Nations system. Report by the Secretariat [Electronic resource] // World Health Organization. Geneva, 2007. 5 p. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/21964/B120_31-en.pdf?sequence=1&isAllowed=y (date of application: 12.11.2018).
333. WHO outbreak communication guidelines [Electronic resource] // World Health Organization. Geneva, 2005. 13 p. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69369/WHO_CDS_2005_28_eng.pdf?sequence=1 (date of application: 12.11.2018).
334. Wilkinson R., Marmot M. Social Determinants Of Health: The Solid Facts // WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 2003. 31 p.
335. Xidong T. Theory and practice of trans-boundary governance in China // *Социологический альманах*. 2016. № 7. С. 343–358.
336. Zhao M. The Social Enterprise Emerges in China [Electronic resource] // Stanford Social Innovation Review. 2012. URL: <http://www.hcs.harvard.edu/summercamp/wp-content/uploads/2012/08/The-Social-Enterprise-Emerges-in-China.pdf> (дата доступа: 12.09.2018).

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

**ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФОРМАТИВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ (ВЕКТОРОВ И КРИТЕРИЕВ) ОЦЕНКИ
УСПЕШНОСТИ МЕЖСЕКТОРАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ И
РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ КАЛИНИНГРАДСКОЙ, АСТРАХАНСКОЙ, САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТЕЙ,
ПУГАЧЁВСКОГО И БАЛТАЙСКОГО РАЙОНОВ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

№ вектора	Векторы (критерии)	Значимость	Градация	Уровни градации	Исследование					
					Первичная оценка					Динамическая оценка Саратовской области
					Область			Район Саратовской области		
					Калининградская (21 респондент)	Астраханская (21 респондент)	Саратовская (41 респондент)	Пугачёвский	Балтайский	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	Ответственность за действия и справедливость в отношении здоровья населения	Менее значим	1. Установлена ответственность руководителей всех заинтересованных секторов, в том числе на самом высоком уровне администрации, за действия в области здоровья и справедливости в отношении здоровья. Здоровье и справедливость в отношении здоровья определены в качестве основных показателей эффективности работы при реализации всех политических и программных функций. Доминирующая роль в поддержке подхода, основанного на межсекторальном взаимодействии, детерминантах здоровья и справедливости в отношении здоровья, принадлежит сектору «Здравоохранение».	высокий	высок					
			2. Ответственность руководителей установлена, но здоровье и справедливость в отношении здоровья не определены в качестве основных показателей эффективности работы при реализации всех политических и программных функций.	средний		средн	средн	средн	средн	средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
2	Знание	Более	1. Руководители заинтересованных структур хорошо знают основные	высокий						

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	руководителями заинтересованных структур целей, задач и положений межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения	значим	цели, задачи и положения межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения, правильно определяет ключевые (приоритетные) направления деятельности и в полном объеме (в части, их касающейся) доводят их до ответственных исполнителей.							
			2. Руководители заинтересованных структур недостаточно хорошо знают основные цели и задачи межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения, не всегда правильно определяют ключевые (приоритетные) направления деятельности и не в полном объеме доводят их до ответственных исполнителей.	средний	средн	средн				средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий			низк	низк	низк	
3	Знание руководством заинтересованных структур и ответственными исполнителями реальных условий, в которых осуществляется межсекторальное взаимодействие по охране здоровья населения	Более значим	1. Знают в полном объеме, своевременно доводят необходимые данные до своих подчиненных.	высокий	высок	высок				
			2. Знают не в полном объеме, несвоевременно и не в полном объеме доводят необходимые данные до своих подчиненных.	средний			средн	средн	средн	средн
			3. Знают плохо, не доводят необходимые данные до своих подчиненных	низкий						
4	Кадровая политика в отношении межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения	Более значим	1. К решению вопросов охраны здоровья населения привлечены и формально зарегистрированы все заинтересованные секторы. Создан соответствующий координационный совет (центр), обоснованы качества, которым должны соответствовать конкретные исполнители в каждой заинтересованной структуре. Организована эффективная подготовка кадров – специалистов для межсекторальной работы по охране здоровья населения (из числа заинтересованных политиков и практиков). Реализуется взвешенный подход к формированию их численного состава в сельской и городской местностях, расширению возможности действий по детерминантам здоровья и информативным показателям оценки.	высокий						
			2. К решению вопросов охраны здоровья населения привлечены и формально зарегистрированы не все заинтересованные секторы. Создан соответствующий координационный совет. Не обоснованы качества, которым должны соответствовать конкретные исполнители в каждой заинтересованной структуре. Подготовка кадров	средний	средн	средн				средн

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
			специалистов для межсекторальной работы по охране здоровья населения организована недостаточно целенаправленно. Формирование их численного состава в сельской и городской местностях продумано недостаточно, возможности действий по детерминантам здоровья и информативным показателям оценки определены не в полном объёме.							
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий			низк	низк	низк	
5	Уровень профессиональной подготовленности руководителей заинтересованных структур в области охраны здоровья населения	Более значим	1. Руководители заинтересованных структур хорошо подготовлены к решению вопросов охраны здоровья населения в части, касающейся их профессиональной деятельности. Принимают эффективные меры к повышению соответствующего профессионального уровня ответственных исполнителей.	высокий	высок					
			2. Руководители заинтересованных структур недостаточно хорошо подготовлены к решению вопросов охраны здоровья населения в части, касающейся их профессиональной деятельности. Не всегда принимают целенаправленные меры к повышению профессионального уровня ответственных исполнителей.	средний		средн				средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий			низк	низк	низк	
6	Мотивация руководителей заинтересованных структур на организацию межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения	Менее значим	1. У руководителей заинтересованных структур – выраженная позитивная мотивация на организацию межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения. Ими проводятся целенаправленные мероприятия по выработке аналогичной мотивации у соответствующих ответственных исполнителей.	высокий						
			2. У руководителей заинтересованных структур – недостаточная мотивация на организацию межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения. Целенаправленные мероприятия по выработке позитивной мотивации в отношении своих подчиненных не проводятся.	средний	средн	средн				средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий			низк	низк	низк	
7	Способность руководителей заинтересованных структур принимать решения на организацию межсекторального взаимодействия по охране здоровья	Более значим	1. Руководители заинтересованных структур принимают наиболее эффективные решения на организацию межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения.	высокий						
			2. Руководители заинтересованных структур не всегда принимают эффективные решения на организацию межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения.	средний	средн	средн				средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий			низк	низк	низк	

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	населения									
8	Представление руководителей заинтересованных структур о результатах межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения	Более значим	1. Руководители заинтересованных структур чётко представляют себе промежуточные и конечные результаты организации межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения.	высокий	высок					
			2. Руководители заинтересованных структур частично представляют себе конечные и промежуточные результаты организации межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения.	средний		средн				средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий			низк	низк	низк	
9	Планирование межсекторального взаимодействия	Менее значим	1. Межсекторальное взаимодействие осуществляется в соответствии со специально разработанной организационно-распорядительной документацией. Сформированы обоснованные политические направления и программы в области охраны здоровья населения, объединяющие последовательные действия всех заинтересованных секторов.	высокий						
			2. Межсекторальное взаимодействие не всегда осуществляется в соответствии со специально разработанной организационно-распорядительной документацией, часто носит компанейский характер. Не в полном объёме сформированы обоснованные политические направления и программы в области охраны здоровья населения, объединяющие последовательные действия всех заинтересованных секторов.	средний	средн	средн				
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий			низк	низк	низк	низк
10	Состояние здоровья населения – более значим									
				высокий	высок	высок				
				средний						
				низкий			низк	низк	низк	низк
	А) Медико-демографические процессы	Более значим	1. Анализируемые показатели, характеризующие статику, динамику, естественное движение (рождаемость, общая смертность, естественный прирост, младенческая смертность, материнская смертность, ожидаемая продолжительность предстоящей жизни) населения достоверно лучше, чем данные по стране (субъекту РФ, если оценивается район). Наблюдается позитивная динамика.	высокий	высок					
			2. Анализируемые показатели соответствуют данным по стране (субъекту РФ, если оценивается район).	средний		средн				
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий			низк	низк	низк	низк
Б) Заболеваемость	Менее значим	1. Анализируемые показатели (распространённость, первичная, общая и госпитализированная, инфекционная заболеваемость,	высокий	высок						

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
			важнейшими социально значимыми заболеваниями, травматизм) достоверно лучше, чем данные по стране (субъекту РФ, если оценивается район). Наблюдается позитивная динамика.								
			2. Анализируемые показатели соответствуют данным по стране (субъекту РФ, если оценивается район).	средний		средн					
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий			низк	низк	низк	низк	
	В) Инвалидность	Более значим	1. Анализируемые показатели (первичная и общая инвалидность, медицинская и профессиональная реабилитация инвалидов) достоверно лучше, чем данные по стране (субъекту РФ, если оценивается район). Наблюдается позитивная динамика.	высокий	высок	высок					
			2. Анализируемые показатели соответствуют данным по стране (субъекту РФ, если оценивается район).	средний			средн	средн	средн	средн	
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий							
	Г) Физическое развитие	Менее значим	1. Анализируемые показатели (антропометрические, антропоскопические, физиометрические), регистрируемые в процессе проведения массовых медицинских осмотров населения, достоверно лучше, чем данные по стране (субъекту РФ, если оценивается район). Наблюдается позитивная динамика.	высокий							
			2. Анализируемые показатели соответствуют данным по стране (субъекту РФ, если оценивается район).	средний	средн	средн	средн	средн	средн	средн	
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий							
	11	Укрепление репродуктивного здоровья населения и рост рождаемости – более значим			высокий	высок					
средний						средн	средн	средн	средн	средн	
низкий											
А) Разработка социальных стандартов и правовых актов, обеспечивающих систему льгот и гарантий при рождении и воспитании детей		Более значим	1. Разработан комплекс социальных стандартов и правовых актов, обеспечивающих понятную, доступную и реально обеспеченную систему льгот и гарантий, реализуемых при рождении и воспитании детей, чётко определяющих статус отца и матери семейства.	высокий	высок					высок	
			2. Комплекс социальных стандартов и правовых актов разработан не до конца, неконкретно определён статус отца и матери семейства.	средний		средн	средн	средн	средн		
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий							
Б) Проведение социальной политики формирования в детской и молодежной среде системы общественных и личностных ценностей	Более Значим	1. Проводится политика формирования в детской и молодежной среде системы общественных и личностных ценностей с ориентацией на семью с несколькими детьми путём повышения приоритетности интересов семей в проведении социальной политики.	высокий	высок							
		2. Соответствующая политика проводится недостаточно целенаправленно и не в полном объёме.	средний		средн	средн	средн	средн	средн		

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	с ориентацией на семью с несколькими детьми		3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
	В) Развитие системы медико-психологической помощи семье	Менее значим	1. Развивается система медико-психологической помощи семье, формирования основ здорового образа жизни, осознанного «родительства», пропаганды лучших семейных традиций.	высокий						
			2. Система медико-психологической помощи семье, формирования основ здорового образа жизни, осознанного «родительства», пропаганды лучших семейных традиций осуществляется не в полном объёме.	средний	средн	средн	средн	средн	средн	средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
	Г) Обеспечение работников, имеющих детей, благоприятными условиями для сочетания трудовой деятельности с выполнением семейных обязанностей	Менее значим	1. Работники, имеющие детей, обеспечены благоприятными условиями для сочетания трудовой деятельности с выполнением семейных обязанностей.	высокий						
			2. Работники, имеющие детей, недостаточно обеспечены благоприятными условиями для сочетания трудовой деятельности с выполнением семейных обязанностей.	средний	средн	средн	средн	средн	средн	средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
	Д) Создание фонда «Многодетная семья»	Менее значим	1. Создан фонд «Многодетная семья», на его основе сформирована система социального патронажа многодетных семей.	высокий						
			2. Фонд создан, но система социального патронажа многодетных семей функционирует недостаточно эффективно.	средний	средн		средн		средн	средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий		низк		низк		
	Е) Функционирование и развитие центров и клубов молодой семьи, центров планирования семьи и репродукции, социальных служб для молодежи	Менее значим	1. Успешно функционирует и развивается система медико-психологической помощи семье, формирования основ здорового образа жизни и сохранения репродуктивного здоровья, осознанного и ответственного «родительства», пропаганды лучших семейных традиций, в частности, центры и клубы молодой семьи, центры планирования семьи и репродукции, а также социальные службы для молодёжи.	высокий	высок					
			2. Создание центров и клубов молодой семьи, центров планирования семьи и репродукции находится на этапе проектирования. Социальные службы для молодёжи, работающие в направлении воспитания ответственного «родительства» и сохранения репродуктивного здоровья, отсутствуют.	средний		средн	средн	средн	средн	средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
	Ж) Разработка и реализация программ обеспечения молодых семей достойными жилищными условиями при рождении в них детей	Более значим	1. Разработана и реализуется программа обеспечения молодых семей достойными жилищными условиями при рождении в них детей, содержащая условия ипотечного кредитования этих семей с понижающейся кредитной ставкой в зависимости от числа детей в семье.	высокий							
			2. Программа разработана, но реализуется недостаточно эффективно.	средний	средн	средн	средн	средн	средн	средн	
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий							
	З). Осуществление медицинской профилактики и охраны репродуктивного здоровья женщин и мужчин	Более значим	1. Развивается и совершенствуется работа сети городских служб медицинской профилактики и охраны репродуктивного здоровья женщин и мужчин, укрепляются кадровая и материально-техническая базы учреждений родовспоможения.	высокий	высок						
			2. Сети городских служб медицинской профилактики и охраны репродуктивного здоровья женщин и мужчин существуют, но их работа не совершенствуется; недостаточное внимание уделяется укреплению кадровой и материально-технической базам учреждений родовспоможения.	средний		средн	средн	средн	средн	средн	средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий							
	И) Функционирование системы детского питания	Более значим	1. Поддерживается и совершенствуется система детского питания.	высокий	высок						
			2. Система детского питания функционирует, но развивается неадекватно.	средний		средн	средн	средн	средн	средн	средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий							
	К) Проведение социальной политики по отношению к мигрантам	Менее значим	1. Разработана и реализуется развёрнутая программа миграционной компенсации естественной убыли населения, предусматривающая меры по привлечению трудоспособных мигрантов с территории России и других стран, созданию условий для их адаптации и бесконфликтной социально-культурной интеграции.	высокий	высок						
			2. Разработана, но реализуется недостаточно эффективно программа миграционной компенсации естественной убыли населения.	средний		средн	средн				средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий				низк	низк		
12	Обеспечение раннего развития детей (и подростков) – менее значим			высокий	высок					высок	
				средний		средн	средн	средн	средн		
				низкий							
	А) Разработка и реализация механизма последовательной политики в отношении раннего этапа развития детей	Более значим	1. Механизм последовательной политики в отношении раннего этапа развития детей, позволяющий реализовать всеобъемлющий подход к ранним годам жизни и обеспечить физическую, социальную, эмоциональную, речевую и познавательную его составляющие с учётом соответствующих международных и национальных достижений разработан и успешно реализуется.	высокий	высок						

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	Б) Обеспечение матерей и других лиц, осуществляющих уход за детьми, комплексным пакетом качественных программ и услуг по раннему периоду развития ребенка	Более значим	2. Механизм разработан, но реализуется недостаточно эффективно.	средний		средн	средн	средн	средн	средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
			1. Дети, матери и другие лица, осуществляющие уход, охватываются комплексным пакетом качественных программ и услуг по раннему периоду развития ребёнка, вне зависимости от платёжеспособности.	высокий						
			2. Не все дети, матери и другие лица, осуществляющие уход, охватываются комплексным пакетом качественных программ и услуг по раннему периоду развития ребёнка.	средний	средн	средн	средн	средн	средн	средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
	В) Обеспечение качественного обязательного начального и среднего образования	Более значим	1. Для всех мальчиков и девочек вне зависимости от платёжеспособности обеспечивается качественное обязательное начальное и среднее образование.	высокий	высок					высок
			2. Обязательным начальным и средним образованием обеспечиваются все мальчики и девочки, но качество зависит от платёжеспособности.	средний		средн	средн	средн	средн	
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
	Г) Выявление факторов, препятствующих поступлению в школу и продолжению в ней обучения и осуществление целенаправленной работы по их устранению	Менее значим	1. Активно выявляются факторы, препятствующие поступлению в школу и продолжению в ней обучения, и осуществляется целенаправленная работа по их устранению.	высокий	высок					высок
			2. Факторы выявляются недостаточно активно, меры по их устранению предпринимаются, но недостаточно эффективные.	средний		средн	средн	средн	средн	
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
	Д) Осуществление целенаправленного анализа заболеваемости и смертности детей и подростков от управляемых причин	Менее значим	1. Осуществляется целенаправленный анализ заболеваемости и смертности детей и подростков от управляемых причин, на основе которого совершенствуются существующие и вновь разрабатываются программы по формированию их физического и психического здоровья.	высокий	высок					
			2. Анализ осуществляется, но совершенствование существующих и создание новых программ по формированию физического и психического здоровья детей и подростков не проводятся.	средний		средн	средн	средн	средн	средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
	Е) Создание	Более	1. Создаётся благоприятная для здоровья детей и подростков	высокий	высок					высок

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	благоприятной для здоровья детей и подростков окружающей среды	значим	окружающая среда путём надлежащего планирования помещений, игровых площадок и обеспечения их современным дошкольным и школьным оборудованием, включая мебель, в соответствии со строительными и санитарными нормами и правилами.							
			2. Процесс создания благоприятной для здоровья детей и подростков окружающей среды не носит целенаправленного и системного характера.	средний		средн	средн	средн	средн	
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
	Ж) Обеспечение детей и подростков в школьных и дошкольных учреждениях горячим питанием	Менее значим	1. Обеспечение детей и подростков в школьных и дошкольных учреждениях (особенно из малообеспеченных семей) горячим питанием осуществляется в соответствии с имеющимися нормативными документами.	высокий	высок					высок
			2. Обеспечение горячим питанием осуществляется, но целенаправленное внимание детям и подросткам из малообеспеченных семей не уделяется.	средний		средн	средн	средн	средн	
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
	З) Создание благоприятной окружающей среды для становления личности детей и подростков	Более значим	1. Создаётся возможность по реализации максимального физического, психического и социального потенциалов и для повышения чувства собственного достоинства, формирования личности; установлена позитивная атмосфера среди детей и подростков, между ними и персоналом, домом и обществом; они обеспечены знаниями для принятия позитивных решений по сохранению здоровья и окружающей среды.	высокий						высок
			2. Процесс создания благоприятной для становления личности детей и подростков окружающей среды не носит целенаправленного и системного характера.	средний	средн	средн	средн	средн	средн	
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
	И) Развитие целостных систем дошкольной и школьной медицины, психологии и педагогики, направленных на сохранение и укрепление физического здоровья, формирование мотивации к ведению	Более значим	1. Развиваются целостные системы дошкольной и школьной медицины, психологии и педагогики, направленные на сохранение физической среды, укрепление здоровья, формирование мотивации к ведению здорового образа жизни, медицинской грамотности, соответствующим образом оснащённые, с акцентом на возможности проведения реабилитационных мероприятий, в том числе компьютерными программами раннего выявления риска вовлечения в табачную, алкогольную и наркотическую зависимости, а также нехимические зависимости – игроманию, интернет-зависимость.	высокий						
			2. Системы развиваются, но оснащены недостаточно.	средний	средн	средн	средн	средн	средн	средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	здорового образа жизни, медицинской грамотности									
13	Улучшение повседневных условий жизни населения – более значим			высокий	высок					
				средний		средн				
				низкий			низк	низк	низк	низк
	А) Проведение социальной политики по оптимизации среды проживания населения	Более значим	1. Проводится социальная политика по оптимизации, в том числе санитарно-гигиенического и эпидемиологического благополучия, среды проживания населения.	высокий	высок					
			2. Соответствующая политика проводится, но выборочно – не на всей территории.	средний		средн				средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий			низк	низк	низк	
	Б) Создание подробной классификации жилищного фонда по физическому и моральному износу	Менее значим	1. Создана подробная классификация жилищного фонда по физическому и моральному износу, осуществляется мониторинг его состояния.	высокий	высок					
			2. Создана неполная классификация жилищного фонда по физическому и моральному износу, мониторинг его состояния осуществляется.	средний						средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий		низк	низк	низк	низк	
	В) Разработка программ реконструкции и модернизации существующего жилищного фонда	Более значим	1. Разработана и реализуется программа реконструкции и модернизации существующего жилищного фонда, обеспечивается повышение качества (комфортности) проживания в нём (обеспечивается удовлетворение возрастающего спроса населения на высококачественное жильё).	высокий	высок					
			2. Программа разработана формально, повышение качества (комфортности) проживания, удовлетворение возрастающего спроса населения на высококачественное жильё обеспечиваются не в полном объёме.	средний		средн	средн	средн		
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий					низк	низк
	Г) Реализация федеральных программ по обеспечению жильем льготных категорий граждан	Более значим	1. Реализация федеральных программ по обеспечению жильём работников бюджетной сферы, военнослужащих, офицеров запаса и других категорий осуществляется.	высокий						
			2. Не в полном объёме осуществляется реализация федеральных программ по обеспечению жильём работников бюджетной сферы, военнослужащих, офицеров запаса и других категорий.	средний	средн	средн	средн	средн	средн	средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
	Д) Осуществление жилищного	Менее значим	1. Жилищное обеспечение очередников ускоряется на основе комбинированной системы мер по финансированию строительства.	высокий						

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	обеспечения очередников		2. Жилищное обеспечение очередников осуществляется недостаточно высокими темпами, не на основе комбинированной системы мер по финансированию строительства.	средний	средн	средн	средн	средн		
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий					низк	низк
	Е) Выявление жилищных потребностей различных социальных групп	Менее значим	1. Целенаправленно выявляются жилищные потребности различных социальных групп населения, материальные возможности их удовлетворения и необходимая для этого типология жилых домов и квартир.	высокий						
			2 Жилищные потребности различных социальных групп населения, материальные возможности их удовлетворения и необходимая для этого типология жилых домов и квартир выявляются не в полном объёме.	средний	средн	средн		средн		средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий			низк		низк	
	Ж) Создание государственной и коммерческой сети обслуживания жилого фонда	Менее значим	1. Создана развитая государственная и коммерческая сети обслуживания жилого фонда.	высокий	высок					
			2. Государственная и коммерческая сети обслуживания жилого фонда созданы, но ряд направлений их деятельности находится на этапе проектирования.	средний		средн	средн	средн	средн	средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
	З) Мониторинг состояния и эффективность функционирования дорожно-транспортной сети территории	Более значим	1. Создана система мониторинга состояния дорожно-транспортной сети территории. Обеспечивается (на базе её ускоренного развития с соблюдением современных требований) возможность добраться до мест работы, учёбы, досуга и отдыха, в частности, путём создания эффективной системы взаимодействия муниципального и частного общественного транспорта.	высокий	высок					
			2. Мониторинг осуществляется формально. В ряде районов территории возможности добраться до мест работы, учёбы, досуга и отдыха – низкие. Система взаимодействия муниципального и частного общественного транспорта функционирует со сбоями.	средний		средн	средн	средн	средн	средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
	И) Обеспечение улучшения повседневных условий жизни населения	Более значим	1. В улучшении повседневных условий жизни населения выделены приоритетные направления: обеспечение большим количеством доступного жилья; инвестирование средств в модернизацию бедных районов с ориентацией, в первую очередь на обеспечение водой и санитарно-гигиеническими условиями (системой канализации), электричеством и асфальтированием улиц, эффективное транспортное обеспечение, благоприятное устройство территорий, предупреждение акустической агрессии; сокращение доступа к	высокий	высок					

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
			нездоровым продуктам питания, алкогольным напиткам, сигаретам и наркотикам; исключение негативного влияния на природную среду, климат, – и реализуются меры по их внедрению.							
			2. В улучшении повседневных условий жизни населения приоритетные направления выделены, однако не проводятся необходимые мероприятия по их реализации.	средний		средн	средн	средн	средн	средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
14	Обеспечение справедливости в отношении здоровья между жителями сельской и городской местности	Менее значим	1. Реализуется политика, препятствующая сельскому обнищанию, безземелью и перемещению людей с обжитых мест, способствующая качественному обеспечению сельских жителей медицинской помощью, образованием. Устойчиво инвестируются средства в сельское развитие.	высокий	высок					
			2. Соответствующая политика реализуется, но не в полном объёме. Инвестирование средств в сельское развитие осуществляется нерегулярно.	средний						средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий		низк	низк	низк	низк	
15	Обеспечение справедливых условий найма и достойной работы, социальных гарантий и охраны труда – менее значим			высокий						
				средний	средн	средн	средн	средн	средн	средн
				низкий						
	А) Реализация справедливых условий найма и достойной работы	Более значим	1. Реализуемая межсекторальная политика способствует тому, чтобы условия найма и работы обеспечивали круглогодичные возможности найти работу, занятость населения, устойчивое финансовое положение (размер заработной платы учитывает реальную текущую стоимость здоровой жизни) и социальный статус, личностное развитие, социальные отношения и чувство собственного достоинства, безопасность – защиту от физических, социально-психологических опасных факторов (сокращение отрицательных последствий незащищенности в ненадежных условиях работы), а также здоровый баланс между работой и жизнью (сбалансированная жизнь работа – дом) для всех.	высокий						
			2. Справедливые условия найма и достойной работы обеспечиваются не в полной мере – ненадёжная занятость (например, временные контракты с нефиксированным сроком, занятость без оформления контракта и неполная занятость). В ряде случаев работники подвергаются воздействию ряда опасных факторов, влияющих на физическое здоровье. Отмечаются стресс, высокий спрос на работу, низкий уровень контроля и отсутствие надлежащего поощрения.	средний	средн	средн	средн	средн	средн	средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	Б) Разработка и внедрение экономических механизмов повышения ответственности работодателей за соблюдение социальных гарантий и улучшения системы охраны труда	Более значим	1. Разработаны и внедрены экономические механизмы улучшения системы охраны труда и повышения ответственности работодателей за соблюдение социальных гарантий.	высокий						
			2. Разработаны, но не на всей территории внедрены экономические механизмы повышения ответственности работодателей за соблюдение социальных гарантий и улучшения системы охраны труда.	средний	средн	средн	средн	средн	средн	средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
	В) Функционирование системы обязательного социального страхования	Более значим	1. Эффективно функционирует система обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.	высокий	высок					
			2. Обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний функционирует, но не носит системного характера; существуют обоснованные жалобы населения.	средний		средн	средн	средн	средн	средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
	Г) Осуществление системы профилактической работа среди работающих	Менее значим	1. Осуществляется системная профилактическая работа среди занятых на производстве и других сферах деятельности, в том числе лечебно-профилактических медицинских организациях, службах промышленного здравоохранения, оздоровительной базы на предприятиях.	высокий						
			2. Профилактическая работа осуществляется эпизодически.	средний	средн	средн	средн	средн	средн	средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
	Д) Проведение инвентаризации и аттестации рабочих мест	Менее значим	1. Проводятся инвентаризация и аттестация рабочих мест с целенаправленной оценкой влияния условий труда на состояние здоровья работников.	высокий						
			2. Инвентаризация и аттестация рабочих мест проводятся нерегулярно, оценка влияния условий труда на состояние здоровья работников осуществляется не во всех случаях.	средний	средн	средн	средн	средн	средн	средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
	Е) Реализация программ ликвидации или переоснащения опасных для здоровья рабочих мест	Более значим	1. Реализуется программа ликвидации или переоснащения опасных для здоровья рабочих мест.	высокий						
			2. Программа создана, но носит формальный характер.	средний	средн	средн	средн	средн	средн	средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
	Ж) Роль профсоюзных организаций в укреплении обеспечения социальных гарантий и охраны труда	Менее значим	1. Роль профсоюзных организаций в укреплении обеспечения социальных гарантий и охраны труда систематически повышается; вопросы охраны труда включаются отдельными разделами в трехсторонние соглашения.	высокий	высок						
			2. Роль профсоюзных организаций в укреплении обеспечения социальных гарантий и охране труда недостаточна.	средний		средн	средн	средн	средн	средн	
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий							
16	Обеспечение социальной защиты в течение всей жизни	Более значим	1. Создана комплексная социальная защита, которая поддерживает уровень дохода, достаточный для здоровой жизни, в том числе лиц с ненадёжной занятостью (включая безработных, неформальную занятость и работу по дому и по уходу), в таких особых ситуациях, как болезнь, инвалидность, потеря дохода и работы. Эффективно функционирует система профилактики социальной изоляции, прежде всего иммигрантов, национальных меньшинств, иностранных рабочих и беженцев, их детей (особая группа риска).	высокий							
			2. Создана несовершеннолетняя социальная защита; не во всех случаях поддерживается уровень дохода, достаточный для здоровой жизни, в частности, указанных в п. 1 категорий населения. Система профилактики социальной изоляции, прежде всего иммигрантов, национальных меньшинств, иностранных рабочих и беженцев, их детей (особая группа риска) несовершенно в своей реализации.	средний	средн	средн	средн	средн	средн	средн	
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий							
17	Обеспечение здорового рациона питания населения – менее значим			высокий	высок						
				средний		средн				средн	
				низкий			низк	низк	низк		
	А) Реализация стратегий по содействию здоровому рациону питания	Более значим	1. Эффективно реализуются стратегии (положения национальных руководств), содержащие описание мер для содействия здоровому рациону питания, которые необходимы для профилактики болезней и укрепления здоровья населения.	высокий	высок						
			2. Стратегии реализуются не в полном объёме.	средний		средн		средн		средн	
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий			низк		низк		
	Б) Информирование и проведение мероприятий по повышению грамотности населения в отношении вопросов здорового питания	Более значим	1. Систематически проводятся многоуровневые общественные и коммуникационные кампании (с привлечением всех доступных средств массовой информации, возможностей теле- и радиоэфира, Интернет-ресурсов, проведением выставок, конкурсов, акций, изданием методических и наглядных материалов, памяток, буклетов и т.п.), направленные на повышение уровня образования и информированности по вопросам здорового питания, безопасности	высокий							

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
			пищевых продуктов и прав потребителей.							
			2. Соответствующие общественные и коммуникационные кампании проводятся нерегулярно, часто не носят многоуровневого характера.	средний	средн	средн	средн		средн	средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий				низк		
	В) Подготовка информации для потребителей с учетом уровней грамотности, коммуникационных барьеров и местной культуры	Менее значим	1. Информация для потребителей готовят с учётом уровней грамотности, коммуникационных барьеров и местной культуры, она понятна для каждого слоя и группы населения. Поощряется позитивная в отношении укрепления здоровья информация и принимаются меры для недопущения рекламы, способствующей нездоровому режиму питания.	высокий	высок					
			2. Информацию для потребителей готовят без учёта уровней грамотности, коммуникационных барьеров и местной культуры, она не всегда понятна всем слоям и группам населения; позитивная информация поощряется, но эффективные меры по недопущению рекламы, способствующей нездоровому режиму питания, не принимаются.	средний		средн	средн	средн	средн	средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
	Г) Формирование новых поведенческих навыков в области здорового питания	Менее значим	1. Формируются новые поведенческие навыки в области здорового питания, особенно среди наиболее уязвимых групп населения. Медицинский персонал в рамках целенаправленной профилактики (которая поощряется администрацией) даёт практические советы пациентам и семьям в отношении пользы здоровых рационов питания.	высокий						
			2. Новые поведенческие навыки в области здорового питания, особенно среди наиболее уязвимых групп населения, формируются нецеленаправленно, эпизодически.	средний	средн	средн	средн	средн	средн	средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
	Д) Осуществление сельскохозяйственной и продовольственной политик	Более значим	1. Сельскохозяйственная и продовольственная политики осуществляются с учётом предотвращения возможного воздействия на безопасность для здоровья получаемых продуктов питания; принимаются меры, включая рыночные стимулы, для содействия разработке, производству и маркетингу более здоровых продуктов, которые содействуют здоровому режиму питания, а также национальным и международным рекомендациям в отношении диеты.	высокий	высок					
			2. Сельскохозяйственная и продовольственная политики не всегда осуществляются с учётом предотвращения возможного воздействия на безопасность для здоровья получаемых продуктов питания,	средний		средн	средн	средн	средн	средн

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	Е) Формирование цен на продукты питания с целью поощрения здорового питания	Менее значим	принимаются неэффективные меры для содействия разработке, производству и маркетингу более здоровых продуктов, которые содействуют здоровому режиму питания, а также национальным и международным рекомендациям в отношении диеты.							
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
			1. Цены формируются посредством налогообложения, субсидий или непосредственного ценообразования так, чтобы поощрять здоровое питание. Проводится простая, чёткая и последовательная практика маркировки пищевых продуктов.	высокий	высок					
			2. Цены формируются не всегда так, чтобы поощрять здоровое питание. Встречаются единичные случаи нарушений в практике маркировки пищевых продуктов, которые тем не менее не привели к существенным негативным последствиям.	средний						средн
	Ж) Реализация продовольственных программ обеспечения продовольствием групп населения с особыми потребностями	Менее значим	3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий		низк	низк	низк	низк	
			1. Эффективно реализуются продовольственные программы, цель которых – обеспечивать продовольствием группы населения с особыми потребностями или обеспечивать денежные перечисления семьям для улучшения закупок продуктов (ориентированы на детей, многодетные семьи, бедных, лиц с ВИЧ / СПИДом и другими болезнями).	высокий						
			2. Соответствующие программы созданы, но носят формальный характер, не всегда реализуются целенаправленно.	средний	средн	средн		средн		средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий			низк		низк	
	З) Улучшение питательных качеств и повышение безопасности пищевых продуктов в общественных и государственных учреждениях	Более значим	1. Улучшаются питательные качества и повышается безопасность пищевых продуктов в общественных и государственных учреждениях (система общественного питания, детское и школьное питание, больницы, военные учреждения и др.).	высокий	высок					
			2. Улучшение питательных качеств и повышение безопасности пищевых продуктов в соответствующих учреждениях носят формальный характер.	средний		средн	средн	средн	средн	средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
	И) Действия по профилактике алиментарно-зависимых заболеваний	Более значим	1. Разработаны и реализуются комплексные программы и стратегии, направленные на профилактику социально значимых алиментарно-зависимых заболеваний, снижение бремени болезней, обусловленных питанием и пищевыми продуктами.	высокий						
			2. Разработаны, но не на всей территории реализуются комплексные	средний	средн	средн	средн	средн	средн	средн

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
			программы и стратегии, направленные на профилактику социально значимых алиментарно-зависимых заболеваний, снижение бремени болезней, обусловленных питанием и пищевыми продуктами.							
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
	К) Осуществление мониторинга состояния питания	Менее значим	1. Создана система мониторинга состояния питания, доступности пищевых продуктов и их потребления, в том числе грудного вскармливания и прикорма у детей раннего возраста.	высокий	высок					
			2. Система создана, но функционирует не всегда эффективно.	средний		средн	средн		средн	
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий				низк		низк
	Л) Реализация программ профилактики острых кишечных инфекций (ОКИ) в различных возрастных и социально-экономических группах	Более Значим	1. Эффективно реализуются программы профилактики острых кишечных инфекций в различных возрастных и социально-экономических группах. Совершенствуется система санитарного надзора в разных звеньях продовольственной цепочки.	высокий	высок					
			2. Соответствующие программы реализуются не всегда в полном объёме. Осуществляются отдельные попытки совершенствования системы санитарного надзора в разных звеньях продовольственной цепочки.	средний		средн	средн	средн	средн	средн
			3. Не соответствует требованиям среднего уровня.	низкий						
	М) Коррекция региональных норм физиологических потребностей в основных пищевых веществах и энергии для отдельных групп населения, с учетом состояния их здоровья, климатогеографических, экологических и этнических особенностей региона	Менее значим	1. Целенаправленно и научно обоснованно корректируются региональные нормы физиологических потребностей в основных пищевых веществах и энергии для отдельных групп населения, с учётом состояния их здоровья, климатогеографических, экологических и этнических особенностей региона.	высокий						
			2. Соответствующая научно обоснованная коррекция проводится эпизодически.	средний	средн	средн	средн	средн	средн	средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
18	Обеспечение физической активности населения – менее значим			высокий	высок					
				средний		средн	средн	средн	средн	средн
				низкий						
	А) Реализация стратегий, содержащих описание мер для содействия	Более значим	1. Стратегии (положения национальных руководств), содержащие описание мер для содействия надлежащей физической активности, которые необходимы для профилактики болезней и укрепления здоровья населения, успешно реализуются.	высокий	высок					

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	надлежащей физической активности, необходимых для профилактики болезней и укрепления здоровья населения		2. Стратегии реализуются не в полной мере.	средний		средн	средн	средн	средн	средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
	Б) Проведение многоуровневых общественных и коммуникационных кампаний, направленных на повышение уровня образования и информированности по вопросам обеспечения физической активности населения	Менее значим	1. Проводятся многоуровневые общественные и коммуникационные кампании (с привлечением всех доступных средств массовой информации, возможностей теле- и радиоэфира, интернет-ресурсов, проведением выставок, конкурсов, акций, изданием методических и наглядных материалов, памяток, буклетов и т. п.), направленные на повышение уровня образования и информированности по вопросам обеспечения физической активности населения. Потребителям представляется информация с учётом уровней грамотности, коммуникационных барьеров и местной культуры, понятная для каждого слоя и группы населения. Позитивная информация поощряется, принимаются меры для недопущения рекламы, способствующей снижению физической активности.	высокий						
			2. Проводятся многоуровневые общественные и коммуникационные кампании, но с привлечением не всех доступных средств массовой информации. Потребителям не в полном объёме представляется информация, без учёта уровней грамотности, коммуникационных барьеров и местной культуры, не всегда понятная для каждого слоя и группы населения. Позитивная информация поощряется, но не принимаются меры для недопущения рекламы, способствующей снижению физической активности.	средний	средн	средн	средн	средн	средн	средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
	В) Проведение медицинским персоналом профилактических мероприятий, направленных на повышение уровня физической активности	Менее значим	1. Медицинский персонал в рамках целенаправленной профилактики (которая поощряется администрацией) даёт практические советы пациентам и семьям в отношении повышения уровня физической активности, поддержания здоровых форм поведения.	высокий						высок
			2. Медицинский персонал нерегулярно даёт соответствующие практические советы пациентам и семьям.	средний	средн	средн	средн	средн	средн	
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
	Г) Политика администрации по	Более значим	1. Политика администрации направлена на представление населению возможностей заниматься физической подготовкой и спортом.	высокий						

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	внедрению физической активности в широкие слои населения		Содействует тому, чтобы прогулки пешком и другие формы физической активности были общедоступными и безопасными, предусматривает развитие и широкое использование немоторизованных видов транспортных средств, способствует повышению физической активности на производстве и рабочих местах, поощряет предприятия по производству и сбыту спортивных товаров.							
			2. Соответствующая политика администрации не носит системного характера, мероприятия часто носят эпизодический характер.	средний	средн	средн	средн	средн	средн	средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
	Д) Развитие безопасных спортивных сооружений и мест массового отдыха	Более значим	1. Создаются и развиваются безопасные спортивные сооружения и места массового отдыха.	высокий	высок					высок
			2. Темпы создания и развития спортивных сооружений и мест массового отдыха недостаточно высокие. Безопасность соблюдается.	средний		средн	средн	средн	средн	
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
	Е) Осуществление доступа к спортивным сооружениям и местам массового отдыха	Более значим	1. Доступ к спортивным сооружениям и местам массового отдыха осуществляется с учётом возможностей конкретного человека: используются государственные средства и субсидии для содействия недостаточно обеспеченным (бедным), реализуется принцип «массового спорта».	высокий	высок					
			2. Доступ к спортивным сооружениям и местам массового отдыха не всегда осуществляется с учётом возможностей конкретного человека: недостаточно государственных средств и субсидий используется для содействия недостаточно обеспеченным (бедным).	средний		средн	средн	средн	средн	средн
			3. Не соответствует требованиям среднего уровня	низкий						
	Ж) Реализация организациями системы образования, госорганами, бизнес-структурами и неправительственными организациями мер, направленных на повышение физической активности	Менее значим	1. Организации системы образования, госорганы, бизнес-структуры и неправительственные организации реализуют эффективные меры, направленные на повышение физической активности обучаемых и работников. Располагают соответствующими условиями и оборудованием. Развивают и систематически поддерживают спортивные школы. Внедряют обязательную производственную гимнастику в течение 10–15 минут.	высокий						
			2. Данные меры реализуются, но не всегда имеются соответствующие условия и оборудование. Развиваются только за счёт собственных сил и средств. Делаются попытки по внедрению обязательной производственной гимнастики.	средний	средн	средн	средн	средн	средн	средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
	З) Состояние	Менее	1. Повышается корпоративная социальная ответственность	высокий						

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
	корпоративной социальной ответственности работодателей в вопросах обеспечения работников предприятий и организаций физкультурно-оздоровительными и спортивными услугами	значим	работодателей в вопросах обеспечения работников предприятий и организаций физкультурно-оздоровительными и спортивными услугами.								
			2. Не везде повышается корпоративная социальная ответственность работодателей в вопросах обеспечения работников предприятий и организаций физкультурно-оздоровительными и спортивными услугами.	средний	средн	средн	средн	средн	средн	средн	
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий							
	И) Состояние индустрии услуг физической культуры и спорта для осуществления физической рекреации и реабилитации различных групп населения	Более значим	1. Создана высокоразвитая индустрия услуг физической культуры и спорта для осуществления физической рекреации (комплекс оздоровительных мероприятий, осуществляемых с целью восстановления нормального самочувствия и работоспособности здорового, но утомлённого человека, охватывающий все виды отдыха – санаторно-курортное лечение, туризм) и реабилитации (комплекс медицинских, психологических, педагогических, профессиональных и юридических мер по восстановлению автономности, трудоспособности и здоровья лиц с ограниченными физическими и психическими возможностями в результате перенесённых (реабилитация) или врожденных (абилитация) заболеваний и травм) различных групп населения.	высокий							
			2. Индустрия услуг физической культуры и спорта для осуществления физической рекреации и реабилитации различных групп населения недостаточно развита, не всегда доступна соответствующим группам населения.	средний	средн	средн	средн	средн	средн	средн	средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий							
19	Борьба с наркотиками, алкоголем, табакокурением – более значим			высокий	высок						
				средний		средн		средн		средн	
				низкий			низк		низк		
	А) Установление фактических масштабов распространения наркотиков, алкоголизма и табакокурения	Менее значим	1. Систематически проводятся комплексные обследования с участием соответствующих структур (правоохранительных органов, социологов, медиков и других специалистов) для установления фактических масштабов распространения наркотиков, алкоголизма и табакокурения, их незаконного оборота и связанных с этим потерь, создана система мониторинга соответствующей группы риска (из подростков, находящихся в кризисном психологическом состоянии,	высокий	высок					высок	

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
			а также сверхактивных детей и подростков).							
			2. Комплексные обследования проводятся нерегулярно.	средний		средн	средн	средн	средн	
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
	Б) Разработка и реализация в учебных заведениях программы профилактики курения, потребления алкоголя, различных наркотических и психоактивных веществ детьми, подростками, молодыми людьми	Более значим	1. Разработана и реализуется в учебных заведениях на основе всеобъемлющей культурно-воспитательной работы и массовой пропаганды непрерывного действия программа профилактики курения, потребления алкоголя, различных наркотических и психоактивных веществ детьми, подростками, молодыми людьми.	высокий	высок					высок
			2. Программа разработана, но в полном объеме не реализуется.	средний		средн	средн	средн	средн	
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
	В) Создание социально неприемлемого имиджа употребления алкоголя, табакокурения, наркомании в обществе	Более значим	1. Создан социально неприемлемый имидж употребления алкоголя, табакокурения, наркомании в обществе с привлечением к пропаганде лидеров и знаменитых людей.	высокий	высок					
			2. Неприемлемый имидж создаётся, но недостаточно широко к его пропаганде привлекаются лидеры и знаменитые люди.	средний		средн		средн		средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий			низк		низк	
	Г) Создание единой сети центров профилактики наркозависимости и формирование групп волонтеров по борьбе с наркоманией	Менее значим	1. Создана и развивается единая сеть центров профилактики наркозависимости, сформированы (среди людей молодого возраста) группы волонтеров по борьбе с наркоманией, организованы их систематическое обучение и поддержка.	высокий						
			2. Центры созданы, группы волонтеров сформированы, но их систематическое обучение и поддержка не организованы.	средний	средн	средн	средн	средн	средн	средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
	Д) Осуществление мер, направленных на ограничение рекламы курения, пива и других алкогольных напитков, развитие антирекламы	Более значим	1. Систематически принимаются меры по ограничению рекламирования курения и употребления алкогольных напитков. Постоянно, активно и настойчиво разъясняется населению, и в первую очередь молодежи вред для здоровья табакокурения, потребления алкоголя, и особенно пива, наркотиков.	высокий	высок					
			2. Меры по ограничению рекламы и антиреклама реализуются, но не носят системного характера.	средний		средн	средн	средн	средн	средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
	Е) Осуществление экономических мер, направленных на	Более значим	1. Применяются эффективные систематические экономические меры, направленные на снижение потребления наркотиков, табачных изделий и алкоголя: совершенствование правил продажи	высокий	высок					

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
	борьбу с наркотиками, алкоголем и табакокурением		(место и время продажи, отзыв лицензий в случае нарушения правил продажи); запрет на косвенную рекламу и спонсорство со стороны соответствующих индустрий; приоритетная поддержка развития малого бизнеса по производству и реализации традиционных национальных напитков (кваса и др.) по доступным ценам.								
			2. Экономические меры применяются, но недостаточно эффективно и систематически.	средний		средн	средн	средн	средн	средн	средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий							
	Ж) Осуществление защиты прав некурящих на чистый воздух	Более значим	1. Защита прав некурящих на чистый воздух обеспечивается расширением зоны запрета на курение в общественных местах (остановки общественного транспорта, открытые общественные места, предназначенные для массового отдыха, и т. п.).	высокий							
			2. Защита в ряде случаев носит декларативный характер.	средний	средн	средн		средн			средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий			низк		низк		
	З) Организация системы медико-психологической помощи желающим бросить курить, употреблять алкоголь, наркотики	Менее значим	1. Система медико-психологической помощи желающим бросить курить, употреблять алкоголь, наркотики организована.	высокий	высок						
			2. Медико-психологическая помощь желающим бросить курить, употреблять алкоголь, наркотики оказывается, но не носит системного характера.	средний		средн		средн			средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий			низк		низк		
	И) Осуществление таможенных мер, направленных на борьбу с наркотиками, алкоголем и табакокурением	Менее значим	1. Функционирует система контроля за ввозом контрабандных изделий и незаконным производством табака, алкоголя, наркотиков на территории.	высокий	высок						высок
			2. Контроль осуществляется, но не носит системного характера.	средний		средн	средн	средн	средн	средн	
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий							
20	Обеспечение дорожно-транспортной безопасности – более значим			высокий	высок						
				средний		средн					средн
				низкий			низк	низк	низк		
	А) Разработка и внедрение информационно-аналитической системы учёта дорожно-транспортных происшествий	Более значим	1. Разработана и внедрена информационно-аналитическая система учёта дорожно-транспортных происшествий и пострадавших в них лиц.	высокий	высок						высок
			2. Система разработана, но внедрена в практическую работу не в полном объёме.	средний		средн	средн	средн	средн		
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий							
	Б) Осуществление	Более	1. Осуществляется целенаправленная работа по созданию	высокий	высок						

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	работы по созданию современной безопасной дорожно-транспортной сети	значим	современной безопасной дорожно-транспортной сети.							
			2. Делаются попытки осуществить целенаправленную работу по созданию современной безопасной дорожно-транспортной сети, которая функционирует, но нуждается в существенной модернизации.	средний		средн				средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий			низк	низк	низк	
	В) Разработка и внедрение комплексной программы информационной работы, направленной на формирование среди участников дорожного движения стереотипов законопослушного поведения и негативного отношения к правонарушениям в сфере дорожного движения	Более значим	1. Создана комплексная программа информационной работы с населением, направленная на формирование среди участников дорожного движения стереотипов законопослушного поведения и негативного отношения к правонарушениям в сфере дорожного движения.	высокий	высок					
			2. Программа создана, но её реализация носит декларативный характер.	средний		средн		средн	средн	средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий			низк			
	Г) Проведение мероприятий по профилактике дорожно-транспортного травматизма	Менее значим	1. Функционирует и совершенствуется система проведения комплекса мероприятий по профилактике дорожно-транспортного травматизма.	высокий	высок					
			2. Мероприятия по профилактике дорожно-транспортного травматизма проводятся, но их организация не носит системного характера.	средний		средн	средн	средн	средн	средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
	Д) Проведение мероприятий по оказанию помощи лицам, пострадавшим в результате дорожно-транспортного происшествия	Менее значим	1. Функционирует и совершенствуется система оказания помощи лицам, пострадавшим в результате дорожно-транспортного происшествия, предусматривающая сокращение времени прибытия на место дорожно-транспортных происшествий служб, участвующих в ликвидации их последствий, быстроту и слаженность их действий. Созданы трассовые пункты по оказанию экстренной помощи на автомагистралях.	высокий	высок					
			2. Мероприятия оказания помощи лицам, пострадавшим в результате дорожно-транспортного происшествия недостаточно эффективны, не	средний		средн	средн	средн	средн	средн

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
			носят системного характера. Трассовых пунктов по оказанию экстренной помощи на автомагистралях недостаточно.							
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
21	Борьба с социально обусловленными (значимыми) заболеваниями (туберкулёзом, ВИЧ-инфекцией, заболеваниями передающимися половым путём и др.)	Более значим	1. Систематически проводятся комплексные обследования для установления фактического распространения социально обусловленных заболеваний, разработаны и реализуются программы их профилактики и лечения (особое внимание уделяется пенитенциарной системе, материально-технической оснащённости соответствующих лечебно-профилактических учреждений).	высокий	высок					высок
			2. Эпизодически проводятся комплексные обследования для установления фактического распространения социально обусловленных заболеваний, разработаны, но не в полном объёме реализуются программы их профилактики и лечения.	средний		средн	средн	средн	средн	
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
22	Обеспечение всеобщего доступа к медицинской помощи – более значим			высокий	высок					высок
				средний		средн	средн	средн	средн	
				низкий						
	А) Реализация принципов профилактики болезней и укрепления здоровья при функционировании системы оказания медицинской помощи населению	Менее значим	1. Система оказания медицинской помощи основана на принципах профилактики болезней и укрепления здоровья населения.	высокий	высок					
			2. Система оказания медицинской помощи функционирует, но принципы профилактики болезней и укрепления здоровья населения реализуются не всегда.	средний		средн	средн	средн	средн	средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
	Б) Обеспечение принципов справедливости и всеобщего охвата медицинской помощью	Более значим	1. Обеспечен всеобщий охват медицинской помощью, ориентированный на первичную медико-санитарную помощь, когда каждый житель имеет доступ к набору медицинских услуг хорошего качества (наделён правами и возможностями использования этих услуг) вне зависимости от уровня доходов, социального статуса или места жительства.	высокий	высок					высок
			2. Не обеспечен всеобщий охват медицинской помощью, ориентированный на первичную медико-санитарную помощь. Каждый житель не всегда имеет доступ к набору медицинских услуг хорошего качества (наделён правами и возможностями использования этих услуг). В ряде случаев медицинская помощь осуществляется в зависимости от уровня доходов, социального	средний		средн	средн	средн	средн	

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	В) Оснащение лечебно-профилактических учреждений современной медицинской техникой и оборудованием	Более значим	статуса или места жительства.							
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
			1. Лечебно-профилактические учреждения оснащены современной медицинской техникой и оборудованием, в их практику целенаправленно внедряются высокотехнологичные методы диагностики и лечения.	высокий	высок					
			2. Не все лечебно-профилактические учреждения оснащены современной медицинской техникой и оборудованием.	средний		средн	средн	средн	средн	средн
	Г) Проведение диспансеризации населения	Менее значим	3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
			1. Систематически проводится массовая диспансеризация населения, прежде всего детей, молодёжи и пожилых.	высокий	высок					
			2. Массовая диспансеризация населения, прежде всего детей, молодёжи и пожилых, носит эпизодический характер.	средний		средн	средн	средн	средн	средн
	Д) Закупка сертифицированных лекарственных средств	Менее значим	3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
			1. Функционирует система закупок сертифицированных лекарственных средств с упорядоченным формированием цен (путём установления фиксированной наценки к государственной цене регистрации). Реализуется эффективный механизм контроля качества лекарственного обеспечения.	высокий	высок	высок		высок		высок
			2. Функционирует система закупок сертифицированных лекарственных средств, но без упорядоченного формирования цен. Контроль качества лекарственного обеспечения осуществляется, но не носит системного характера	средний			средн		средн	
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
	Е) Качество предоставляемой населению медицинской помощи	Более значим	1. Оказываемая медицинская помощь соответствует общепринятым современным представлениям о её необходимых уровне и объёме при соответствующих видах патологии. Населению предоставляется качественная бесплатная медицинская помощь в рамках программы государственных гарантий.	высокий	высок					
			2. Оказываемая медицинская помощь по своему уровню и объёму соответствует возможностям конкретных медицинских учреждений, но не во всех случаях соответствует общепринятым современным представлениям.	средний		средн	средн	средн	средн	средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
	Ж) Экспертиза качества предоставляемой населению	Менее значим	1. Эффективно функционируют внутри- и вневедомственная системы экспертизы качества предоставляемой населению медицинской помощи.	высокий	высок					высок
			2. Контроль качества предоставляемой населению медицинской	средний		средн	средн	средн	средн	

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	медицинской помощи		помощи осуществляется, но не всегда носит системного характера.							
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
	3) Совершенствование медицинской помощи населению	Более значим	1. Осуществляется поэтапное совершенствование системы медицинской помощи населению с акцентом на больных с сосудистыми и онкологическими заболеваниями, пострадавших при дорожно-транспортных происшествиях, службе крови.	высокий	высок					высок
			2. Оказание медицинской помощи населению совершенствуется, но этот процесс не носит поэтапного целенаправленного системного характера.	средний		средн	средн	средн	средн	
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
23	Проведение иммунизации населения	Менее значим	1. Иммунизация населения осуществляется в рамках Национального календаря профилактических прививок и прививок по эпидемическим показаниям.	высокий	высок	высок	высок	высок	высок	высок
			2. Иммунизация населения осуществляется не в полном объеме рамок Национального календаря профилактических прививок и прививок по эпидемическим показаниям.	средний						
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
24	Поддержание благоприятной санитарно-эпидемиологической обстановки	Более значим	1. Разработана и реализуется программа санитарно-социологического мониторинга, в том числе представления данных о зонах повышенного санитарно-гигиенического риска на территории и мерах защиты здоровья населения в этих зонах.	высокий	высок					высок
			2. Разработана и реализуется программа санитарно-социологического мониторинга, но данные о зонах повышенного санитарно-гигиенического риска на территории и мерах защиты здоровья населения в этих зонах не предоставляются.	средний		средн	средн	средн	средн	
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
25	Пропаганда здорового образа жизни – более значим			высокий	высок					
				средний		средн	средн	средн	средн	средн
				низкий						
	А) Формирование благоприятного для здоровья информационного пространства	Более Значим	1. Сформировано благоприятное для здоровья информационное пространство.	высокий	высок					
			2. Благоприятное для здоровья информационное пространство сформировано, но в ряде случаев информация обновляется несвоевременно.	средний		средн	средн	средн	средн	средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
Б) Использование средств массовой информации	Более Значим	1. Для пропаганды здоровья и здорового образа жизни целенаправленно используются возможности теле- и радиоэфира, интернет-ресурсов; регулярно проводятся межведомственные	высокий	высок						

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	для пропаганды здоровья и здорового образа жизни		мероприятия с участием населения (выставки, конкурсы, акции и др.); подготавливают к изданию и выпускают наглядные материалы, памятки, буклеты.							
			2. Возможности теле- и радиоэфира, интернет-ресурсов для пропаганды здоровья и здорового образа жизни используются не в полном объеме; межведомственные мероприятия с участием населения (выставки, конкурсы, акции и др.) проводятся редко.	средний		средн	средн	средн	средн	средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
	В) Использование специализированных помещений для информирования населения о здоровом образе жизни	Менее значим	1. Для теоретической части работы с населением используются оборудованные помещения в муниципальных учреждениях и учебных заведениях соответствующего профиля.	высокий						
			2. Помещения для теоретической части работы с населением специально оборудованы демонстрационной проекционной и видеотехникой недостаточно.	средний	средн	средн		средн		средн
			3. Не соответствует требованиям среднего уровня.	низкий			низк		низк	
	Г) Функционирование школ здоровья	Более значим	1. Организованы, оборудованы и функционируют школы здоровья: «Школа детского здоровья», «Школа женского здоровья», «Школы профессионального здоровья», «Школа активного долголетия», «Школа здоровья по безопасному поведению и профилактике травм (в дороге, транспорте, на воде и в других травмоопасных местах и ситуациях)» и др.	высокий						
			2. Не все перечисленные школы здоровья функционируют.	средний	средн	средн	средн	средн	средн	средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
	Д) Издание методических пособий для работы по формированию здорового образа жизни	Менее значим	1. Методические пособия для работы по формированию здорового образа жизни для структурных подразделений органов самоуправления, учреждений, средств массовой информации, других участников регулярно издают и обновляют материал для них.	высокий	высок					высок
			2. Методические пособия выпускают нерегулярно (редко).	средний		средн	средн	средн	средн	
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
26	Финансирование мер по воздействию на социальные детерминанты здоровья и обеспечение справедливости в отношении здоровья для всех	Более значим	1. Признано всеми участниками межсекторального взаимодействия, что финансирование действий в отношении всех социальных детерминант здоровья – от развития ребёнка и образования, до создания хороших условий для жизни и работы и до медицинской помощи – является фундаментальным для благополучия и справедливости в отношении здоровья. Созданы механизмы для финансирования перекрестных межсекторальных мер по воздействию на детерминанты здоровья и для справедливого распределения финансовых средств между частями территории и	высокий						

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
			социальными группами.							
			2. Необходимость финансирования признана, однако не созданы механизмы для финансирования перекрестных межсекторальных мер по воздействию на детерминанты здоровья и для справедливого распределения финансовых средств между частями территории и социальными группами.	средний	средн	средн	средн	средн	средн	средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
27	Функционирование частного сектора (рынка) и охрана здоровья населения – менее значим			высокий						
				средний	средн	средн	средн		средн	средн
				низкий				низк		
	А) Разъяснительная работа с коммерческими структурами о целесообразности и важности их участия в работе по охране здоровья населения	Более значим	1. Проводится систематическая целенаправленная разъяснительная работа с коммерческими структурами (частным сектором) о целесообразности и важности их участия (с учётом реальных возможностей) в работе по охране здоровья населения и обеспечении справедливости в отношении здоровья.	высокий						
			2. Разъяснительная работа проводится, но не носит целенаправленного системного характера.	средний	средн	средн	средн	средн	средн	средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
	Б) Осуществление контроля предоставления частным сектором базисных услуг, имеющих значение для здоровья и благополучия населения	Более Значим	1. Государственные секторы и общественные организации осуществляют действенный периодический контроль предоставления частным сектором базисных услуг, имеющих важное значение для здоровья и благополучия населения (например, в области водоснабжения, медицинской помощи, санитарии, организации труда и условий работы – достижение стандартов труда), а также регулирование производства товаров и услуг, оказывающих существенное воздействие на здоровье (табак, алкоголь и пищевые продукты).	высокий						
			2. Контроль осуществляется, но носит эпизодический характер.	средний	средн	средн	средн	средн	средн	средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
	В) Состояние корпоративной подотчетности между частным сектором и общественными интересами	Менее значим	1. Корпоративная подотчётность между частным сектором и общественными интересами установлена.	высокий	высок					
			2. Корпоративная подотчётность носит декларативный характер.	средний		средн	средн		средн	средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий				низк		
	28	Обеспечение гендерной справедливости – менее значим			высокий					
средний					средн	средн	средн	средн	средн	
низкий										

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	А) Разработка и реализация принципов гендерной политики	Менее значим	1. Разработаны и реализуются принципы гендерной политики для данной территории с учётом половозрастной структуры населения, сложившихся экономических и социальных отношений в сообществе, менталитета и культурных традиций.	высокий						
			2. Принципы гендерной политики разработаны, но их реализация носит декларативный характер.	средний	средн	средн	средн	средн	средн	средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
	Б) Учёт гендерных вопросов в основной деятельности заинтересованных секторов	Более значим	1. Все заинтересованные секторы в своей основной деятельности учитывают гендерные вопросы, оказывая поддержку гендерной справедливости в полномочиях, ресурсах, правах (разрабатывают и усиливают законодательные меры, делающие противозаконной дискриминацию по признаку пола), нормах, ценностях, возможностях для образования и занятости.	высокий						высок
			2. Не все секторы в своей основной деятельности учитывают гендерные вопросы.	средний	средн	средн	средн	средн	средн	
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
	В) Деятельность заинтересованных секторов в отношении обеспечения сексуального и репродуктивного здоровья с позиций гендерного подхода	Более значим	1. Заинтересованные секторы осуществляют действенные мероприятия по обеспечению сексуального и репродуктивного здоровья с позиций гендерного подхода, способствуют созданию соответствующих организаций и программ, противодействуют реализации дискриминационных структур питания, проявлениям насилия в отношении женщин, несправедливому разделению труда и его оплаты, отдыха и возможностей улучшить свою жизнь. Реализуемые меры способствуют улучшению здоровья девочек и женщин.	высокий						
			2. Мероприятия осуществляются, но не носят системного характера. Специальные организации и программы отсутствуют.	средний	средн	средн	средн	средн	средн	средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
29	Предоставление политических полномочий в разработке повесток дня и принятии решений, связанных со здоровьем	Менее значим	1. Всем социальным группам в обществе предоставлены политические полномочия участвовать в разработке повесток дня и принятии решений (социально открытые рамки для принятия политики), связанных со здоровьем (в качестве неотъемлемого элемента права на здоровье), важных для реализации всеобъемлющего комплекта прав и обеспечения справедливого распределения основных материальных и общественных благ и влияющих на то, как функционирует общество. Гражданскому обществу предоставлены возможности организоваться и действовать таким образом, который содействует и реализует политические и	высокий						

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
			социальные права, влияющие на справедливость в отношении здоровья.							
			2. Не всем социальным группам в обществе предоставлены политические полномочия участвовать в разработке повесток дня и принятии решений (социально открытые рамки для принятия политики), связанных со здоровьем.	средний	средн	средн	средн	средн	средн	средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
30	Обеспечение общественной безопасности и правопорядка – менее значим			высокий	высок					
				средний		средн	средн	средн	средн	средн
				низкий						
	А) Анализ представительными и исполнительными органами состояния и характера преступности, выработка подходов к решению задач по её снижению и профилактике	Более значим	1. Систематически анализируются и рассматриваются на координационных совещаниях представительных и исполнительных органов состояние и характер преступности, вырабатываются действенные подходы к решению задач по её снижению и профилактике.	высокий						
			2. Проводимый анализ не носит системного характера. В ряде случаев вырабатываемые подходы неэффективны.	средний	средн	средн	средн	средн	средн	средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
	Б) Реализация программ предупреждения террористических актов, возрождение систем общественной охраны правопорядка, создание детских и молодежных объединений	Более значим	1. Принимаются действенные меры по реализации программ предупреждения террористических актов, возрождению системы общественной охраны правопорядка, созданию детских и молодежных объединений, миссией которых являются идеи патриотизма, гуманизма, высокой морали, борьбы против нарушений нравственности и правопорядка.	высокий	высок					высок
			2. Принимаемые меры недостаточно эффективны.	средний		средн	средн	средн	средн	
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
	В) Противодействие показу по средствам массовой информации актов насилия, жестокости, распушенности и т.п.	Более значим	1. Общественные организации всеми законными методами оказывают действенное давление на средства массовой информации, прежде всего, каналы телевидения, показывающие акты насилия, жестокости, распушенности и т. п.	высокий	высок					
2. Общественные организации эпизодически оказывают давление на средства массовой информации, прежде всего каналы телевидения, показывающие акты насилия, жестокости, распушенности и т. п.			средний		средн	средн	средн	средн	средн	
3. Не соответствует требованиям п. 2			низкий							

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	Г) Создание системы мониторинга и прогнозирования социальной напряженности	Менее значим	1. Создана система мониторинга социальной напряжённости и прогнозирования её возникновения (в том числе на национальной и конфессиональной почве), принимаются меры предупреждения социальных и политических конфликтов.	высокий	высок					
			2. Система мониторинга социальной напряжённости и прогнозирования её возникновения функционирует недостаточно эффективно. Меры предупреждения социальных и политических конфликтов принимаются эпизодически.	средний		средн		средн		средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий			низк		низк	
	Д) Работа Совета общественной безопасности	Менее значим	1. Совет общественной безопасности, координирующий проведение правоохранительных мероприятий, работает конструктивно.	высокий	высок					
			2. Совет общественной безопасности работает недостаточно конструктивно.	средний		средн	средн	средн	средн	средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
31	Защита населения от техногенных аварий и экстремальных явлений природы – более значим			высокий	высок					
				средний		средн	средн	средн	средн	средн
				низкий						
	А) Функционирование системы мониторинга состояния потенциально опасных объектов на территории и прогнозирования чрезвычайных ситуаций	Более значим	1. Система мониторинга состояния потенциально опасных объектов на территории создана и совершенствуется, регулярно проводится экспертиза, в том числе общественная. Разработаны и совершенствуются способы прогнозирования аварий и катастроф.	высокий	высок					
			2. Экспертиза и оценка состояния потенциально опасных объектов на территории проводится, но не носит системного характера.	средний		средн	средн	средн	средн	средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
	Б) Формирование концепции безопасной жизни на территории.	Менее значим	1. Концепция безопасной жизни на территории сформирована, действенна, опирается на объективную информацию об обстановке на территории	высокий	высок					
			2. Концепция безопасной жизни на территории сформирована, но носит формальный характер.	средний		средн	средн	средн	средн	средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
	В) Организация массовых обучений жителей основам техники безопасности	Менее значим	1. Организовано массовое обучение жителей основам техники безопасности, пожарной безопасности и безаварийной работы, особенно вблизи потенциально опасных объектов.	высокий						
			2. Обучение жителей основам техники безопасности, пожарной безопасности и безаварийной работы, особенно вблизи потенциально опасных объектов, не носит массового характера.	средний	средн	средн	средн			

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий				низк	низк	низк
	Г) Планирование действий на случай техногенных и природных катастроф	Более значим	1. На предприятиях, в учреждениях и в органах самоуправления тщательно разработаны и утверждены планы действий на случай техногенных и природных катастроф с акцентом на оказание помощи пострадавшим.	высокий	высок					высок
			2. Планы разработаны, но ряд планируемых мероприятий носит неконкретный характер.	средний		средн	средн	средн	средн	
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
	Д) Осуществление контроля за исполнением нормативных территориальных актов по чрезвычайным ситуациям техногенного и природного характера	Менее значим	1. Налажен предупредительный общественный контроль исполнения законодательства Российской Федерации, нормативных территориальных актов по чрезвычайным ситуациям техногенного и природного характера.	высокий	высок					высок
			2. Общественный контроль осуществляется эпизодически.	средний		средн	средн	средн	средн	
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
	Е) Функционирование комплексной системы информирования и оповещения о чрезвычайных ситуациях техногенного и природного характера в местах массового пребывания людей	Более значим	1. Создана и успешно функционирует комплексная система информирования и оповещения о чрезвычайных ситуациях техногенного и природного характера в местах массового пребывания людей.	высокий	высок					
			2. Комплексная система информирования и оповещения о чрезвычайных ситуациях техногенного и природного характера функционирует, но не во всех местах массового пребывания людей.	средний		средн	средн	средн	средн	средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
	Ж) Разработка и реализация практических мер по повышению безопасности населения и защищенности критически важных объектов	Менее значим	1. Разработаны и реализуются практические меры по повышению безопасности населения, создана, функционирует и развивается система защиты территории и критически важных объектов (атомных электростанций, теплоэлектроцентралей, объекты пищевой промышленности, химической, нефтегазодобывающей и пр.).	высокий						высок
			2. Практические меры по повышению безопасности населения разработаны, но реализуются не в полной мере; система защиты территории и критически важных объектов функционирует неустойчиво.	средний	средн	средн	средн	средн	средн	
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
	З) Развитие и	Более	1. Осуществляются постоянное развитие, обновление и	высокий						высок

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
	совершенствование технических средств и технологий ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций	Значим	совершенствование технических средств и технологий ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций.								
			2. Используются устаревшие, несовершенные технические средства и технологии ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций.	средний	средн	средн	средн	средн	средн		
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий							
32	Природоохранная деятельность и стратегическое обеспечение экологической безопасности – более значим			высокий	высок						
				средний		средн				средн	
				низкий			низк	низк	низк		
	А) Состояние менталитета власти и населения в области охраны природы и природопользования	Более значим	1. Поставлена и решается задача смены менталитета власти и населения в области охраны природы и природопользования, осуществляется переход от планового снижения отдельных показателей загрязнений и контроля исполнения природоохранных мероприятий к управлению состоянием окружающей среды и среды обитания с использованием информационно-аналитических систем социального, экономического, экологического и гигиенического мониторинга.	высокий	высок						
			2. Поставлена на повестку дня, но пока не решается задача смены менталитета власти и населения в области охраны природы и природопользования. Отмечаются попытки осуществления перехода от планового снижения отдельных показателей загрязнений и контроля исполнения природоохранных мероприятий к управлению состоянием окружающей среды и среды обитания с использованием информационно-аналитических систем социального, экономического, экологического и гигиенического мониторинга.	средний		средн	средн	средн	средн	средн	
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий							
	Б) Наличие и состояние экологической карты территории по экосредам	Менее значим	1. Составлена экологическая карта (паспорт) территории по всем экосредам.	высокий	высок						
			2. Карта (паспорт) в наличии, но составлена не по всем экосредам.	средний		средн	средн	средн	средн	средн	
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий							
	В) Планирование и финансирование природоохранных мероприятий	Более значим	1. Создана единая система планирования и финансирования природоохранных мероприятий, работающая целенаправленно.	высокий	высок						
			2. Планирование и финансирование природоохранных мероприятий осуществляются, но не носят системного характера.	средний		средн	средн	средн	средн	средн	
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий							
	Г) Формирование экологической	Менее значим	1. Целенаправленно формируется экологическая инфраструктура территории на основе зелёных насаждений и акваторий.	высокий	высок						

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	инфраструктуры		2. Экологическая инфраструктура территории на основе зелёных насаждений и акваторий только начинает формироваться.	средний		средн	средн	средн	средн	средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
	Д) Реализация мер в области экологической безопасности транспортных средств	Менее значим	1. Разработана и реализуется комплексная программа мер по экологической безопасности транспортных средств; в том числе подготовлены и введены в действие нормативно-правовые акты поэтапного введения на территории запрета использования автотранспорта, не отвечающего экологическим требованиям. Разработаны и реализуются предложения по упорядочению дорожно-транспортной и маршрутной сетей, созданию дорожных развязок и систем «зелёная волна». Предусмотрены подпрограммы массовой газификации автотранспорта, внедрения катализаторов, организации выпуска нейтрализаторов отработанных автомобильных газов, создания схемы упорядочения транспортных потоков с учётом экологической обстановки на территории и т. п.	высокий	высок					
			2. Комплексная программа разработана, но её реализация во многом носит декларативный характер.	средний		средн	средн	средн	средн	средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
	Е) Реализация мероприятий в производственной сфере, направленных на оптимизацию отношений с окружающей средой	Менее значим	1. На основе специальных программ (планов) осуществляется реорганизация производственной сферы на основе наукоёмких и ресурсосберегающих технологий, оптимизируются её взаимоотношения с окружающей средой; новые производства размещаются в соответствии с требованиями экологической безопасности; обеспечиваются эффективная санитарная защита и поэтапная реконструкция водозаборов; развиваются дублирующие системы водообеспечения из артезианских скважин; исключается сброс неочищенных промышленных ливневых и иных стоков.	высокий						
			2. Специальные программы (планы) сформированы, но их реализация во многом носит декларативный характер.	средний	средн	средн	средн	средн	средн	средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
	Ж) Организация переработки твердых отходов	Более значим	1. Организована переработка твёрдых отходов на основе современных технологий.	высокий						
			2. Проектируется организация переработки твёрдых отходов на основе современных технологий.	средний	средн	средн		средн		средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий			низк		низк	
	З) Снижение воздействия на население	Более значим	1. Разработана и реализуется программа снижения облучения населения от радиоактивных природных и техногенных источников. Организованы активное восстановление и рекультивация	высокий	высок					

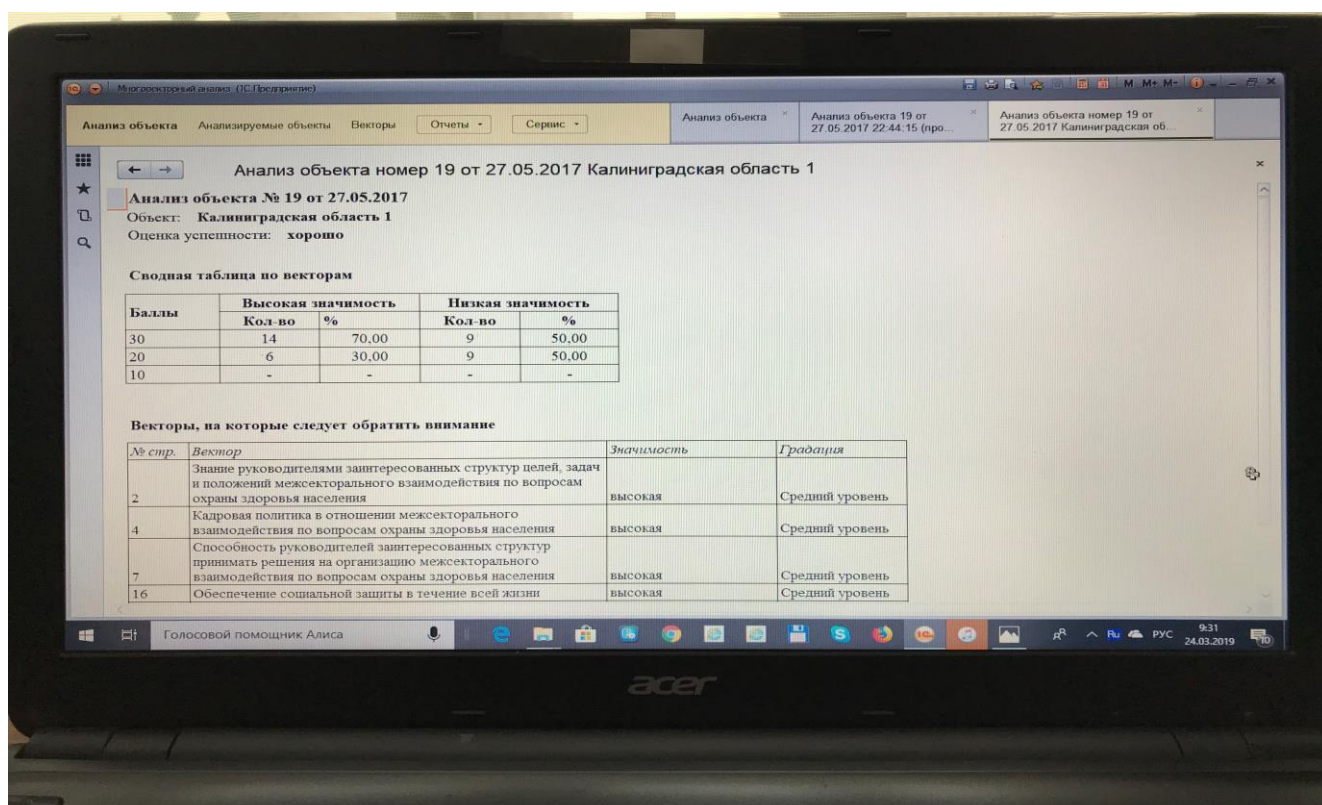
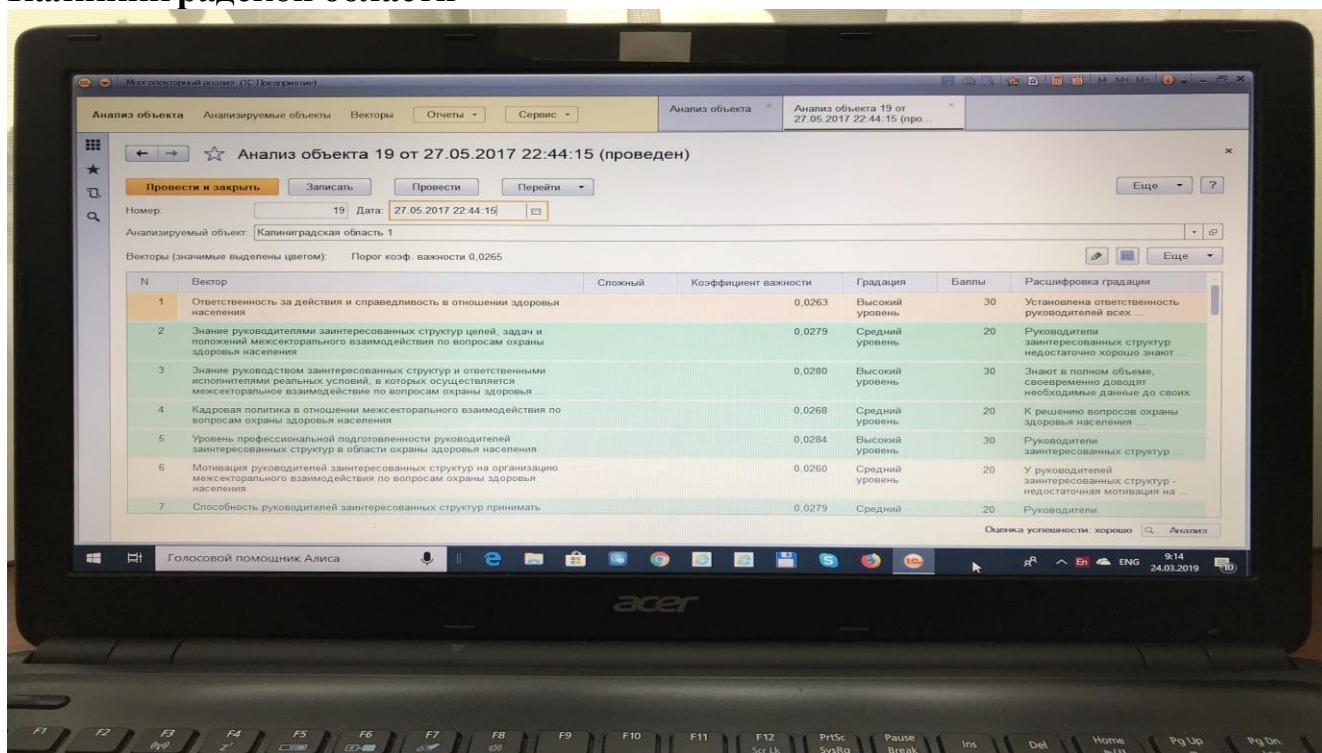
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	радиоактивных природных и техногенных источников		нарушенных территорий.							
			2. Разработана программа снижения облучения населения от радиоактивных природных и техногенных источников, но реализуется не в полном объеме. Восстановление и рекультивация нарушенных территорий осуществляются медленными темпами.	средний		средн	средн		средн	средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий				низк		
	И) Наличие и реализация программы воспроизводства лесов, парков и единого массива природного каркаса территории	Более значим	1. В рамках специальной программы воспроизводятся леса и парки как единый массив и основа природного каркаса территории.	высокий	высок					
			2. Программа существует, но её реализация во многом носит декларативный характер.	средний		средн	средн	средн	средн	средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
	К) Мониторинг и зонирование леса с выделением и оборудованием зон рекреации и покоя	Менее значим	1. Организованы мониторинг и зонирование леса с выделением и оборудованием зон рекреации и покоя.	высокий	высок					
			2. Мониторинг и зонирование леса с выделением и оборудованием зон рекреации и покоя организованы недостаточно.	средний		средн	средн	средн	средн	средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
	Л) Поддержание биологического разнообразия экосистем территории	Менее значим	1. Сохраняется и увеличивается биологическое разнообразие экосистем территории. Создан и активно функционирует центр экологического просвещения населения.	высокий	высок					
			2. Биологическое разнообразие экосистем территории сохраняется. Центр экологического просвещения населения функционирует недостаточно активно.	средний		средн	средн		средн	средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий				низк		
33	Организация работы с призывным контингентом	Менее значим	1. Налажено взаимодействие заинтересованных структур по вопросам подготовки призывного контингента и организации военно-врачебной экспертизы.	высокий	высок	высок				высок
			2. Взаимодействие налажено не по всем вопросам.	средний			средн	средн	средн	
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
34	Наличие фактических данных о состоянии здоровья населения, детерминантах здоровья и способах их коррекции	Более значим	1. Создана база фактических данных о состоянии здоровья населения, несправедливости в отношении здоровья, детерминантах здоровья (их влиянии на данной территории) и практических способах их коррекции. Обеспечено, в том числе финансами, функционирование системы регулярного мониторинга справедливости в отношении здоровья и социальных детерминант здоровья, а также эффективности мер воздействия на них, которая нацелена на поддержку процессов принятия соответствующих решений.	высокий						

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
			2. База фактических данных о состоянии здоровья населения, несправедливости в отношении здоровья, детерминантах здоровья (их влиянии на данной территории) и практических способах их улучшения находится в процессе формирования. Не в полном объеме обеспечено финансами функционирование системы регулярного мониторинга справедливости в отношении здоровья и детерминант здоровья, а также эффективности мер воздействия на них, которая нацелена на поддержку процессов принятия соответствующих решений.	средний	средн	средн	средн	средн	средн	средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
35	Осуществление медико-социальной экспертизы социально-экономических и технических планов, проектов и программ	Менее значим	1. Создана система медико-социальной экспертизы социально-экономических и технических планов, проектов и программ (разрабатываемых или принимаемых). Оценка осуществляется с позиций сохранения жизненного и трудового потенциалов населения, развития системы страхования здоровья и медико-профилактической помощи.	высокий						
			2. Не все социально-экономические и технические планы, проекты и программы (разрабатываемые или принимаемые) подвергаются медико-социальной экспертизе.	средний	средн	средн	средн	средн	средн	средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий						
36	Научные исследования в области межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения	Менее значим	1. Проводятся целенаправленные научные исследования несправедливости в отношении здоровья и социальных детерминант здоровья (их влияния на состояние здоровья), межсекторального взаимодействия в области охраны здоровья населения. Созданы и совершенствуются соответствующие автоматизированные технологии оптимизации, виртуальные информационные сети, основанные на принципе открытого доступа. Реализуются принципы доказательной медицины.	высокий						
			2. Научные исследования проводятся, в том числе с реализацией положений доказательной медицины. Не созданы технологии оптимизации межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения, а также виртуальные информационные сети, основанные на принципе открытого доступа.	средний	средн	средн	средн	средн		средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий					низк	
37	Организация отчетности	Менее значим	1. Ответственные исполнители представляют руководителям заинтересованных структур и в координационный совет по межсекторальному взаимодействию объективные своевременные данные о результатах деятельности по охране здоровья населения.	высокий	высок	высок				

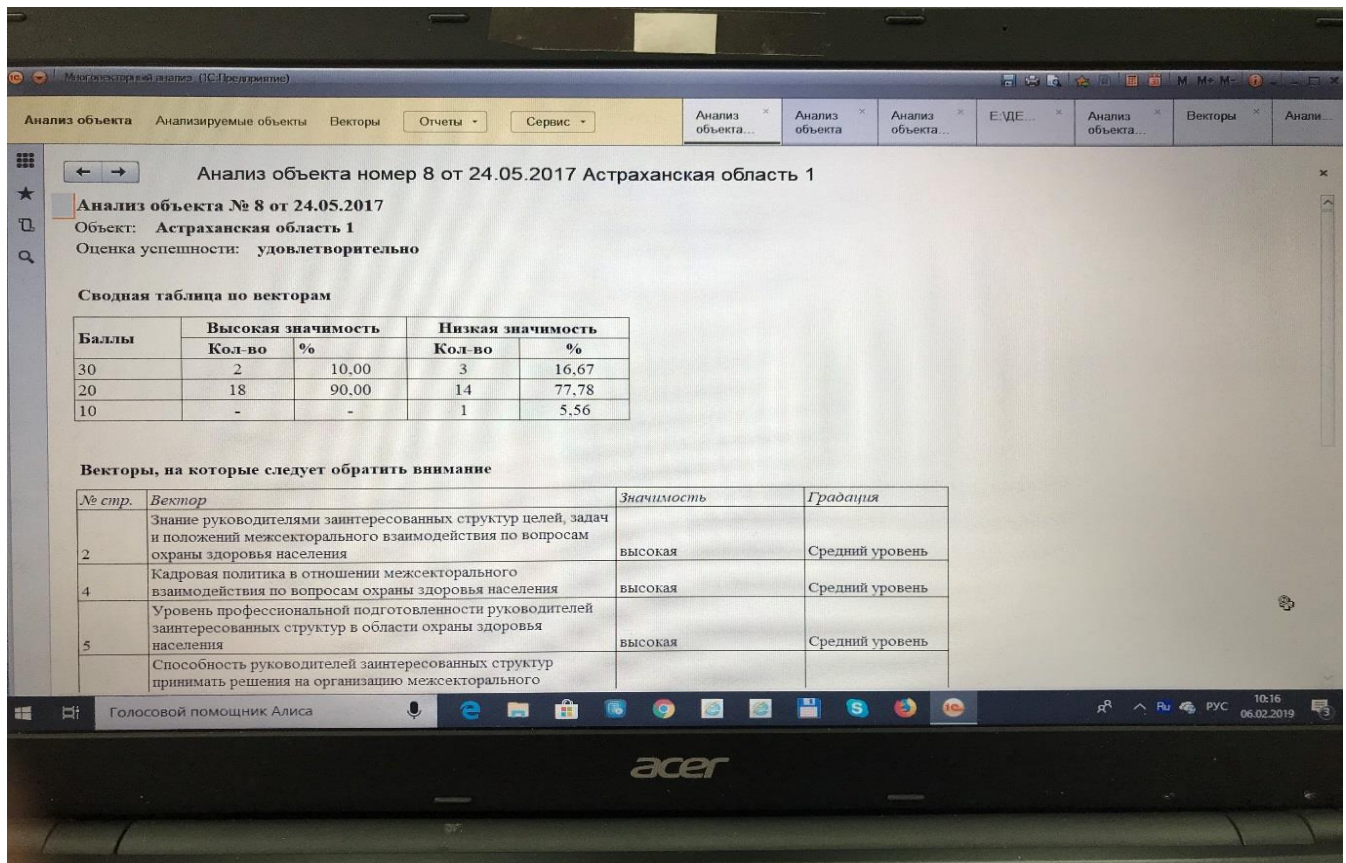
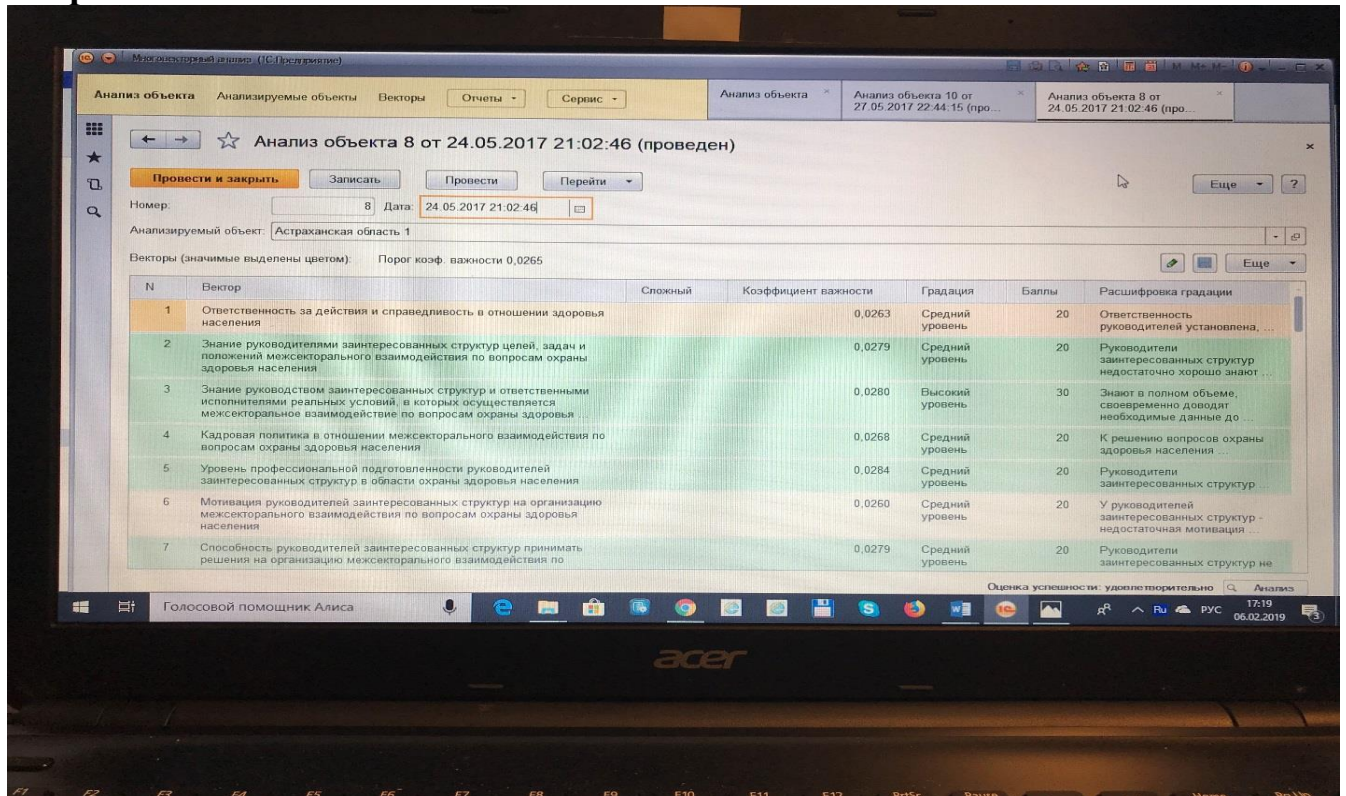
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
			2. Объективные данные представляются, но отмечаются случаи нарушения сроков представления и неполного содержания отчётов.	средний			средн			
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий				низк	низк	низк
38	Осуществление оценки успешности межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения	Менее значим	1. С помощью научно обоснованного способа осуществляются мониторинг и целенаправленная коррекция межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения.	высокий						
			2. Мониторинг осуществляется, но научно обоснованный способ оценки отсутствует.	средний	средн	средн	средн			средн
			3. Не соответствует требованиям п. 2	низкий				низк	низк	
Интегральная оценка					хор	удовл	неуд	неуд	неуд	неуд

СКРИНШОТЫ АПРОБАЦИИ ТЕХНОЛОГИИ ОПТИМИЗАЦИИ МЕЖСЕКТОРАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

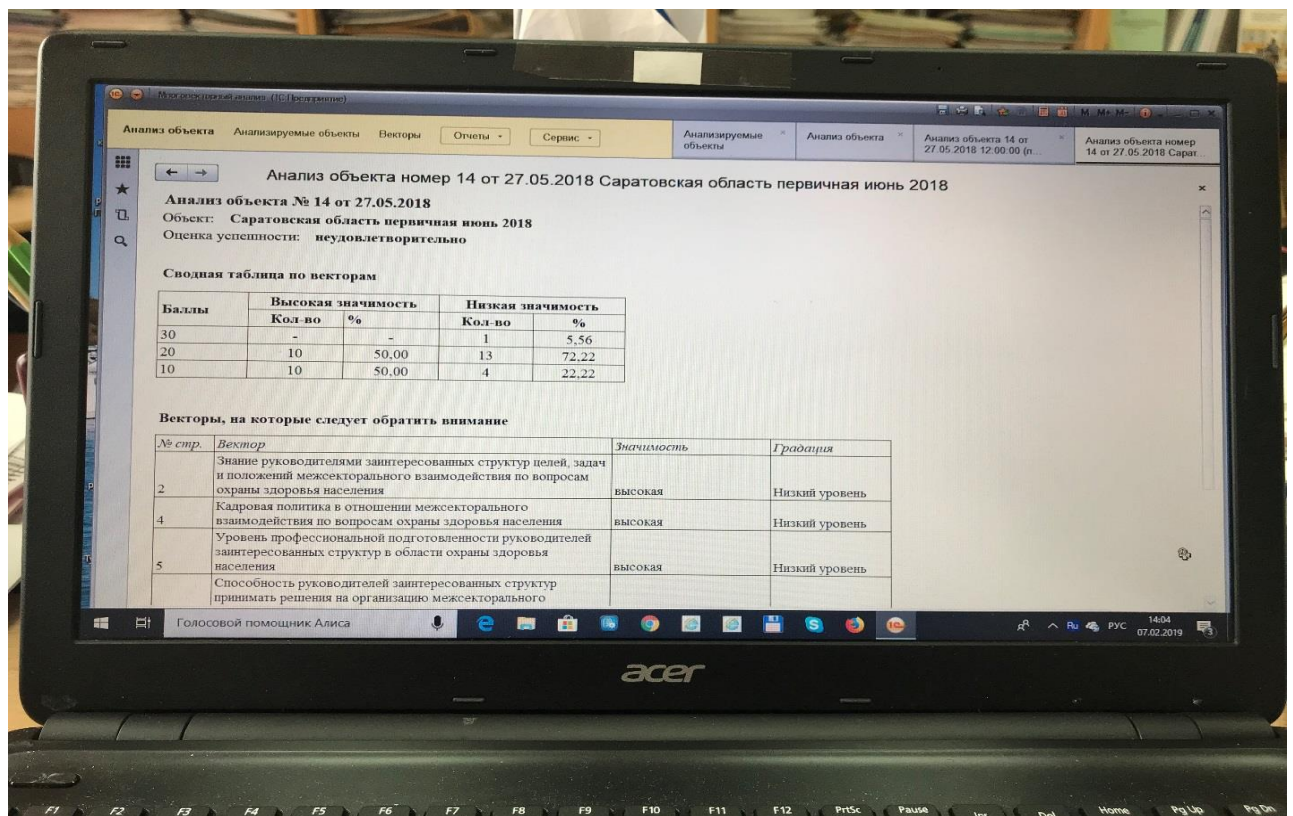
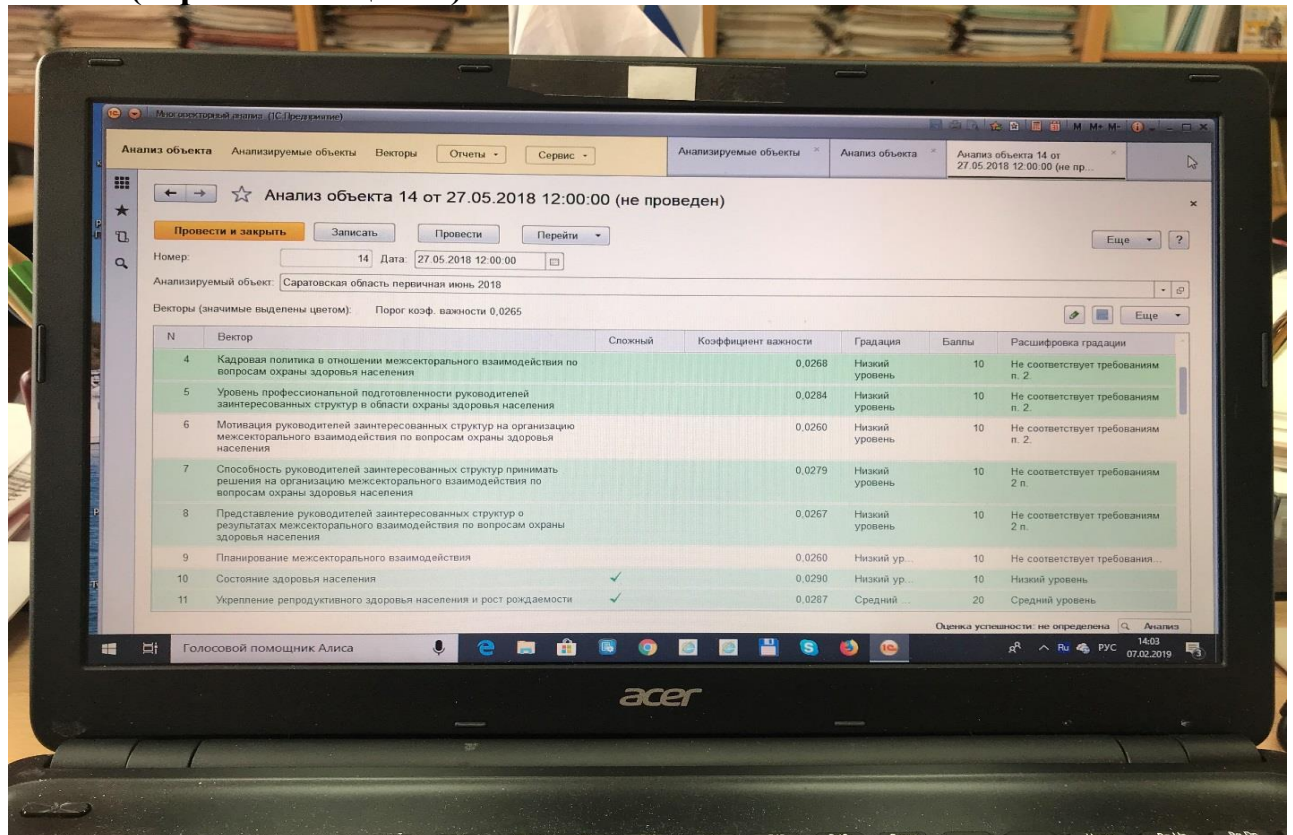
Скриншоты 1, 2 – Оценка межсекторального взаимодействия в Калининградской области



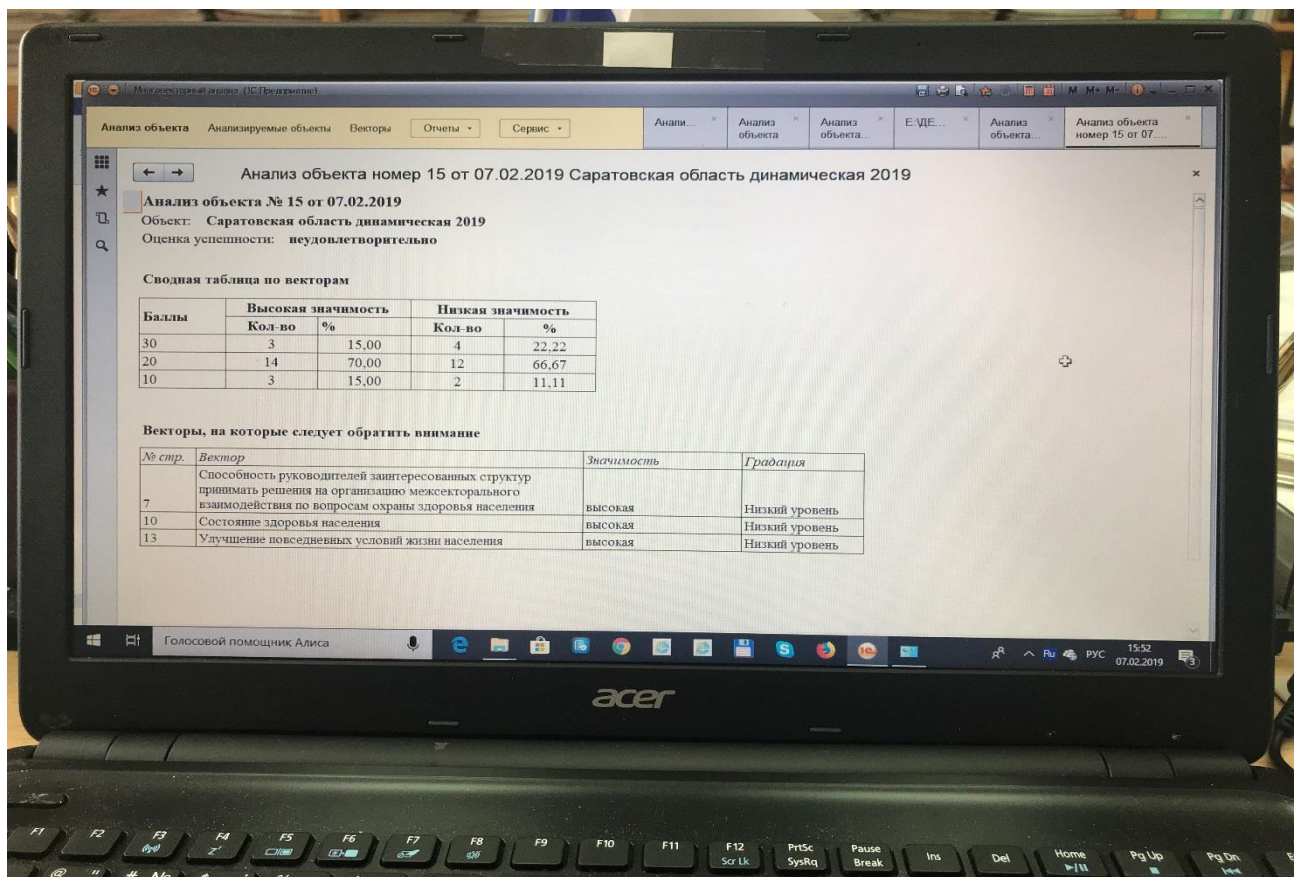
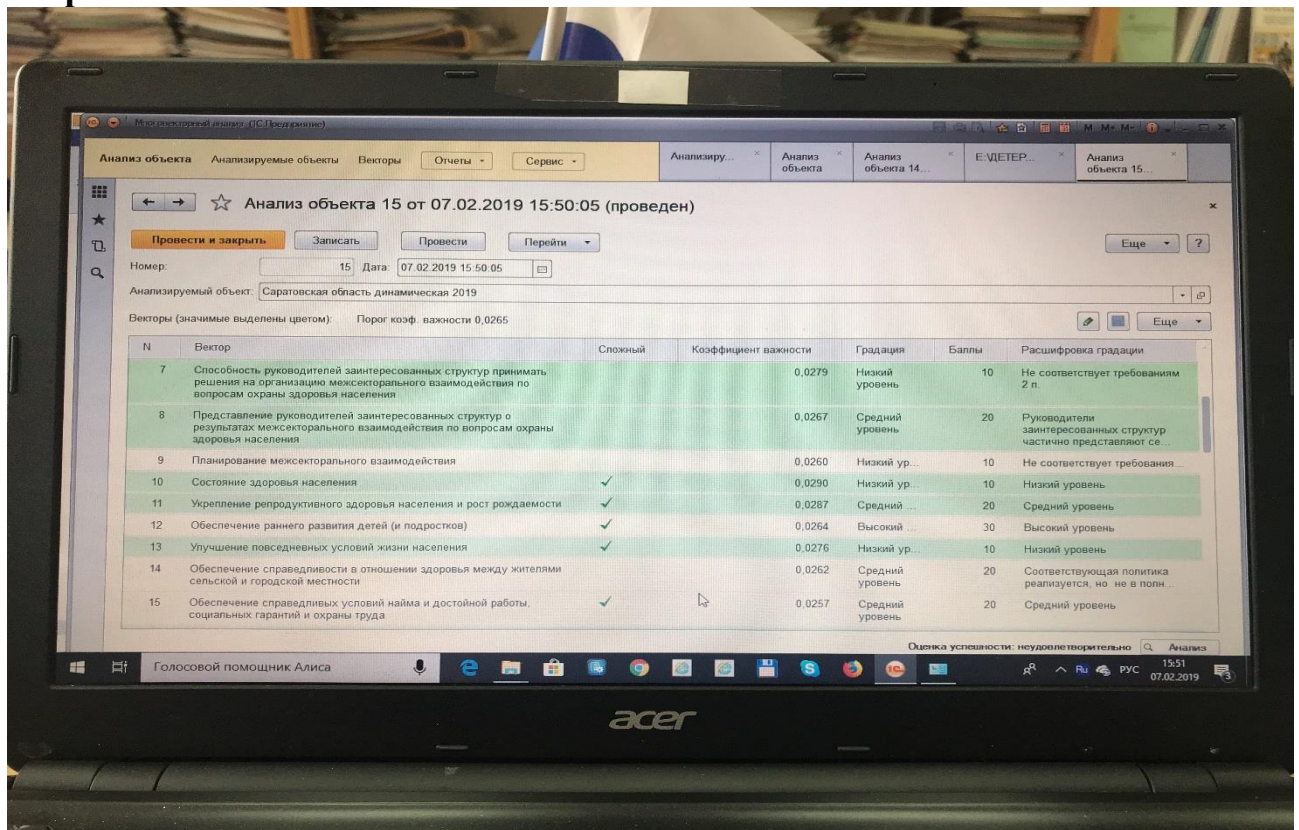
Скриншоты 3, 4 – Оценка межсекторального взаимодействия в Астраханской области



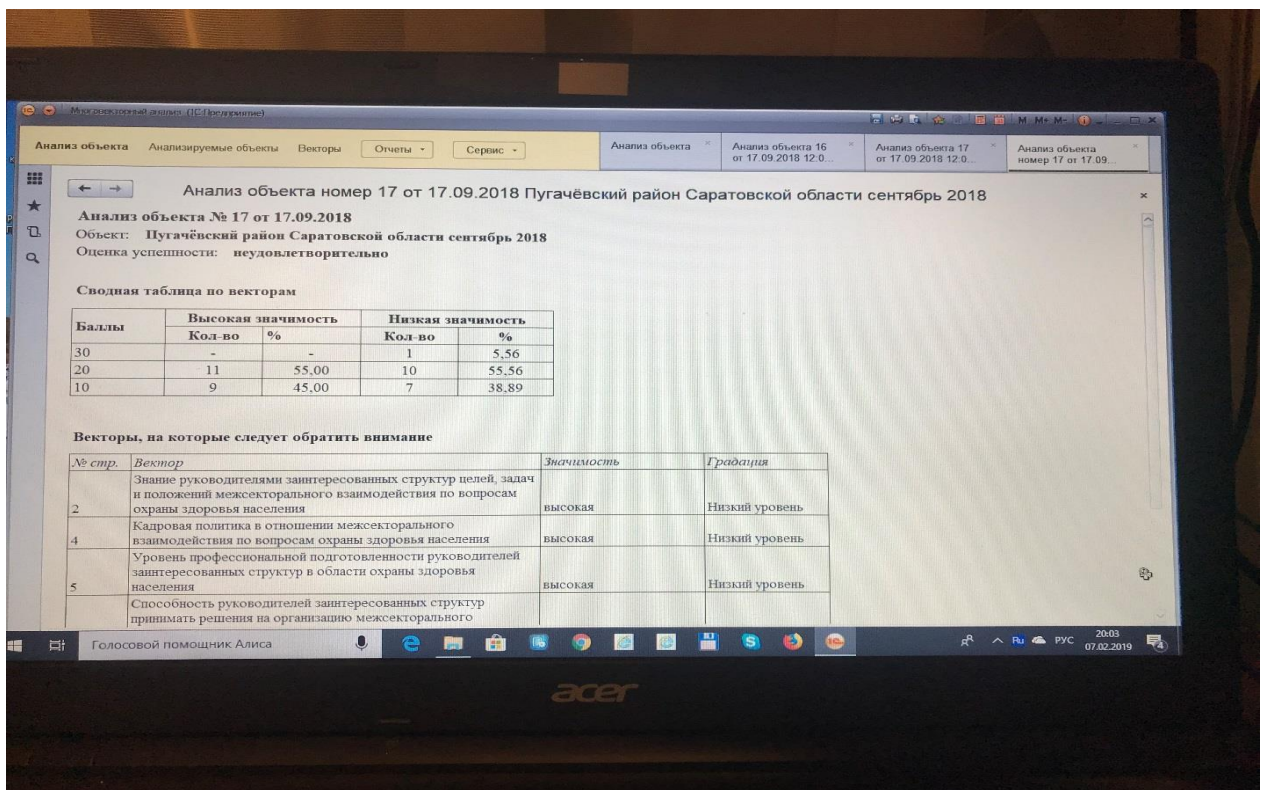
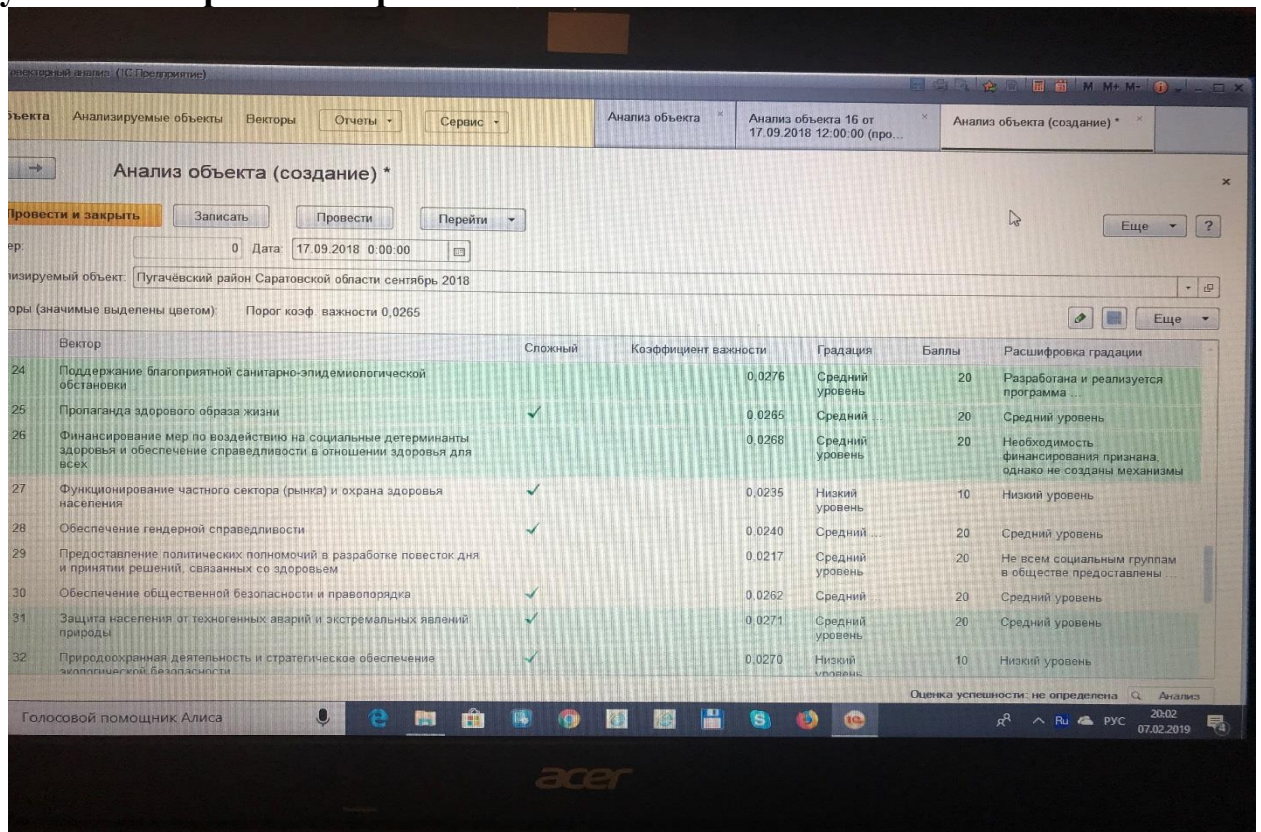
Скриншоты 5, 6 – Оценка межсекторального взаимодействия в Саратовской области (первичная оценка)



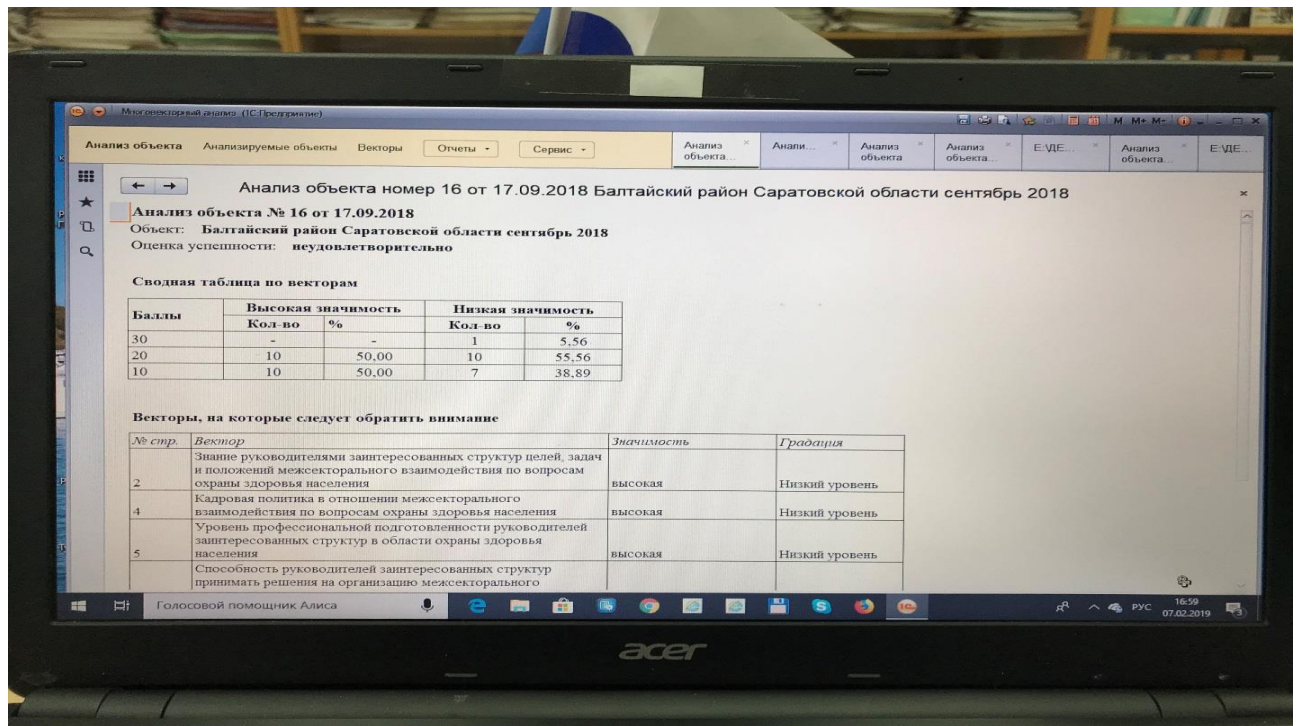
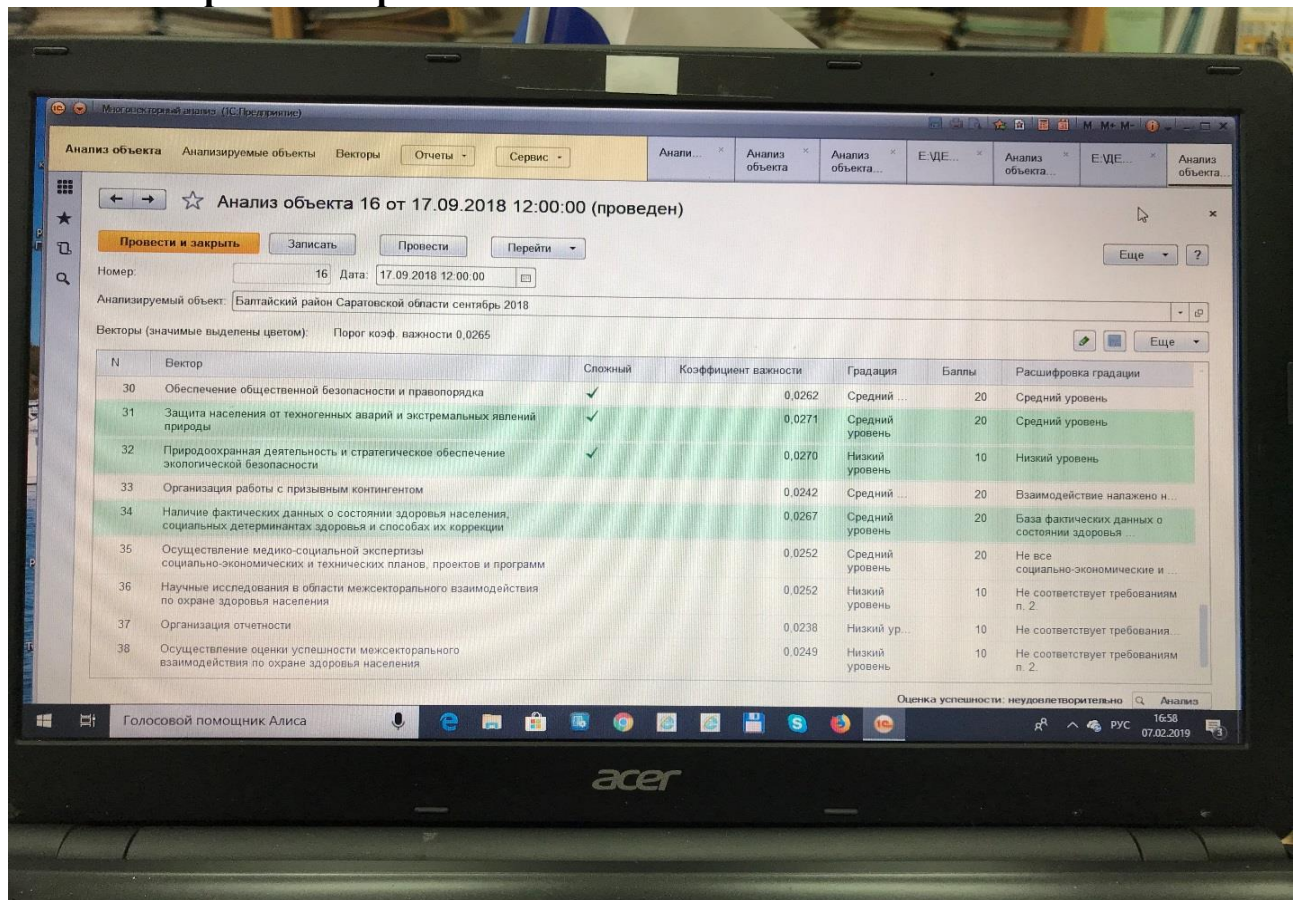
Скриншоты 7, 8 – Динамическая оценка межсекторального взаимодействия в Саратовской области



Скриншоты 9, 10 – Оценка межсекторального взаимодействия в Пугачёвском районе Саратовской области



Скриншоты 11, 12 – Оценка межсекторального взаимодействия в Балтайском районе Саратовской области



АНКЕТА

Приглашаем Вас принять участие в исследовании образа жизни населения Саратовской области и ответить на вопросы анкеты. Вся полученная информация будет использована **анонимно**, в научных целях и в обобщенном виде. При заполнении анкеты отметьте те варианты ответов на вопросы, с которыми Вы согласны, а если такие варианты отсутствуют, то в графе «другое» или «свой ответ» напишите своё мнение.

I. Общая часть

1. Укажите, пожалуйста, Ваше образование.
 - а) высшее;
 - б) незаконченное высшее;
 - в) среднее;
 - г) другое;
2. Каково Ваше семейное положение?
 - а) не женат (не замужем)
 - б) женат (замужем)
 - в) разведен (а)
 - г) вдовец (вдова)
3. Сколько Вам лет?

а) 21–30;	г) 51–60;
б) 31–40;	д) 61–70;
в) 41–50;	е) старше 70
4. Пол: муж / жен.
5. Каков Ваш стаж работы?
 - а) до 5 лет; б) 5–10 лет; в) 11–15 лет; г) 16–20 лет; д) более 20 лет
6. Каков Ваш стаж по специальности?
 - а) до 5 лет; б) 5–10 лет; в) 11–15 лет; г) 16–20 лет; д) более 20 лет
7. Есть ли у Вас дети?
 - а) да; б) нет

II. Специальная часть

8. Как Вы оцениваете свое здоровье?
 - а) хорошее
 - б) удовлетворительное
 - в) плохое
 - г) затрудняюсь ответить
9. Откуда Вы обычно получаете информацию по вопросам здоровья?
 - а) от лечащего врача
 - б) от родственников, друзей, знакомых
 - в) из материалов, имеющихся в медицинских учреждениях (памяток, плакатов, буклетов, брошюр и др.)
 - г) из средств массовой информации
 - д) другое _____
10. Знакомо ли Вам такое понятие, как «здоровый образ жизни»?
 - а) да; б) нет; в) затрудняюсь ответить
11. Если знакомо, то перечислите основные элементы, характеризующие здоровый образ жизни?

12. Соблюдаете ли Вы эти элементы здорового образа жизни в своей повседневной жизни?
 - а) да; б) нет; в) затрудняюсь ответить
13. Как Вы думаете, можно ли улучшить свое здоровье, соблюдая здоровый образ жизни?
 - а) да; б) нет; в) затрудняюсь ответить
14. Ваш образ жизни можно ли назвать здоровым?
 - а) да; б) нет; в) затрудняюсь ответить
15. Вы стараетесь привить членам своей семьи здоровый образ жизни?
 - а) да; б) нет; в) затрудняюсь ответить
16. Вы любите физически активный отдых:
 - а) да; б) нет; в) затрудняюсь ответить
17. Вы делаете гимнастику дома
 - а) да; б) нет; в) затрудняюсь ответить
18. Имеются ли на Вашем предприятии (учреждении) необходимые условия для занятий физической культурой и спортом?

а) да; б) нет; в) затрудняюсь ответить

19. Назовите причины, мешающие Вам заниматься физической культурой или спортом.

20. Как Вы оцениваете свою физическую активность?

а) как достаточную; б) как недостаточную; в) затрудняюсь ответить

21. По Вашему мнению, кто должен заботиться о Вашем здоровье?

- а) только я сам (а)
- б) только медицинские работники
- в) члены моей семьи
- г) члены моего трудового коллектива
- д) администрация предприятия (учреждения)
- е) здоровье дается от

22. Какой Вы придерживаетесь точки зрения?

- а) обращаться к врачу следует только тогда, когда заболел
- б) если здоровый человек регулярно обследуется у врачей, то это способствует сохранению его здоровья

23. Как Вы оцениваете свою массу тела (вес)?

- а) нормальная
- б) выше нормы
- в) ниже нормы
- г) затрудняюсь ответить

24. Считаете ли Вы, что избыточная масса (вес) тела вредна для здоровья?

а) да; б) нет; в) затрудняюсь ответить

25. Как часто Вы измеряете свой вес?

- а) обычно не измеряю
- б) не чаще 1 раза в год (при проведении диспансеризации)
- в) не реже 1 раза в месяц
- г) не реже одного раза в неделю
- д) во время занятий физической культурой или спортом

26. Сколько раз в день Вы принимаете пищу?

а) 1-2 раза; б) 3-5 раз; в) 6 и более раз

27. Где Вы обычно принимаете пищу на работе?

- а) в столовой, в буфете
- б) на рабочем месте
- в) в специально отведенном месте
- г) не принимаю пищу на работе

31. Имеете ли Вы привычку подсаливать пищу, даже не пробуя ее?

а) да; б) нет; в) затрудняюсь ответить

32. Считаете ли Вы, что избыточное потребление соли (более 5 г в сутки) вредно для здоровья?

а) да; б) нет; в) затрудняюсь ответить

33. Какова сменность Вашей работы?

- а) односменная
- б) двухсменная
- в) трехсменная

34. Вы испытываете на себе действие вредных производственных факторов?

а) да; б) нет; в) затрудняюсь ответить

35. Ваша работа связана с воздействием:

- а) высокой температуры
- б) низкой температуры
- в) сквозняков
- г) шума, вибрации
- д) электромагнитных полей
- е) недостатком естественного освещения
- ж) низкой освещенностью рабочего места
- з) подъемом и переноской тяжестей
- и) необходимостью длительного сосредоточения внимания
- к) эмоциональными перегрузками
- л) опасностью заразиться инфекционными заболеваниями

36. Испытываете ли вы во время работы физические перегрузки?

а) да; б) нет; в) затрудняюсь ответить

37. **Вы страдаете профессиональным заболеванием?**
а) да; б) нет; в) затрудняюсь ответить
38. **Курите ли Вы?**
а) да; б) нет;
39. **Какое количество сигарет (папирос) Вы выкуриваете ежедневно:**
а) от 1 до 10 шт; б) от 11 до 20 шт. в) более 21 шт.
40. **Если курите, где это происходит чаще?**
а) на работе
б) дома
в) на улице
г) в компании друзей
41. **Если курите, то пытались ли Вы когда-нибудь изменить что-либо в этой вредной для здоровья привычке?**
а) никогда не курил (а)
б) курил (а), но бросил (а)
в) бросал на некоторое время
г) пытался бросить курить, но безуспешно
д) курю и не пытался бросить курить
42. **С каким мнением Вы согласны?**
а) курить или не курить – личное дело каждого человека
б) курильщик вредит не только своему здоровью, но и здоровью окружающих
43. **Употребляете ли Вы крепкие спиртные напитки?**
а) да; б) нет; в) затрудняюсь ответить
44. **Если употребляете, то как часто?**
а) ежедневно
б) еженедельно
в) ежемесячно
г) эпизодически (по праздникам)
45. **Какое количество крепких спиртных напитков Вы употребляете ежедневно?**
а) бокал вина
б) рюмка крепкого напитка
в) более 200 мл
г) свой ответ _____
46. **Пытались ли Вы отказаться; от этой вредной привычки?**
а) да; б) нет; в) затрудняюсь ответить
47. **Что мешает Вам отказаться от этой вредной привычки?**
а) не хватает силы воли
б) снимает нервное напряжение
в) общение с друзьями
г) свой ответ _____
48. **Сколько часов в сутки Вы спите?**
а) до 6 час; б) от 7 до 8 час; в) от 8 и более
49. **Чем Вы, как правило, занимаетесь в свободное от работы и учебы время?**
а) читаю газеты и журналы
б) читаю художественную литературу
в) посещаю кинотеатры
г) занимаюсь физической культурой и спортом
д) смотрю телевизионные передачи
е) посещаю кафе, рестораны, бары; посещаю дискотеки
ж) выполняю различные семейные обязанности
з) свой ответ _____
50. **Сколько времени в сутки Вы проводите на свежем воздухе, (включая время на дорогу пешком до и после работы)?**
а) до часа; б) от 2 до 3 час; в) от 3,5 до 5 час; г) более 5 часов.
51. **Где Вы обычно проводите свой отпуск?**
а) дома
б) у родственников в деревне
в) на садовом участке (на даче)
г) в доме отдыха
д) в санатории; в санатории-профилактории
е) в туристических походах, (на лыжах, на байдарках и т. д.)
ж) лежа на диване

52. Есть ли разница между ВИЧ и СПИДом?
а) да б) нет в) не знаю
53. Есть ли в Саратовской области и г. Саратове ВИЧ-инфицированные?
а) да б) нет в) не знаю
54. Кто может болеть СПИДом?
а) женщины б) мужчины в) дети г) домашние животные д) дикие звери
55. Как происходит заражение ВИЧ?
а) при прикосновении к больному
б) среди наркоманов при инъекциях ранее использованными шприцами
в) при посещении парикмахерских, косметических и стоматологических кабинетов
г) при пользовании общей посудой, ванной, бассейном, туалетом, предметами личной гигиены
д) при половом контакте
56. Можно ли заразиться ВИЧ-инфекцией от человека, не имеющего внешних признаков заболевания?
а) да б) нет в) не знаю
57. Может ли передаваться ВИЧ-инфекция от матери к ребенку при рождении?
а) да б) нет в) не знаю
58. Нужно ли изолировать ВИЧ-инфицированных в специальные больницы?
а) да б) нет в) не знаю
59. Увеличивается ли риск заболевания ВИЧ / СПИДом при половых контактах?
а) да б) нет в) не знаю
60. Считаете ли Вы, что угроза заболеть СПИДом существует и лично для Вас?
а) да б) нет в) не знаю
61. Представьте себе, что кто-то из Вашего окружения ВИЧ-инфицирован. Как Вы отнесетесь к этому человеку?
а) я буду относиться к этому человеку так же, как если бы он был здоров
б) я буду относиться к этому человеку терпимо, но постараюсь держаться от него подальше
в) я постараюсь сразу же уйти и больше не встречаться с этим человеком
г) я буду настаивать на том, чтобы этого человека не допускали в общественные места, где мы можем с ним столкнуться
62. Можно ли пройти анонимное обследование на ВИЧ/СПИД в г.Саратовской области?
а) да б) нет в) не знаю
63. Если «Да», то где, по Вашему мнению, это можно сделать?
64. Имеются ли юридические законы для наказания лиц, распространяющих ВИЧ-инфекцию?
а) да б) нет в) не знаю
65. Обязательно ли прохождение обследования на ВИЧ / СПИД при устройстве на работу?
а) обязательно для всех
б) для выполнения определенных видов работ
в) не обязательно
г) затрудняюсь ответить
66. Насколько трудно (или легко) молодому человеку «достать» наркотики, психоактивные вещества в Саратовской области?
а) трудно
б) скорее трудно, чем легко
в) затрудняюсь ответить
г) скорее легко, чем трудно
д) легко
67. Есть ли среди близких Вам людей (друзья, члены семьи, родственники) те, кто употребляет наркотики?
а) да.
б) нет.
в) затрудняюсь ответить.
68. Если в Вашем присутствии употреблялись наркотики, психоактивные вещества, то каким путём?
(можно сделать несколько отметок)
а) вдыхание химических препаратов
б) . приём внутрь (таблеток, капсул, марок).
в) курение «травки»
г) укол в вену, инъекции
д) нюханье порошка
е) другое _____.

69. Вам предлагали «присоединиться» к употреблению наркотиков?

- а) да
- б) нет
- в) затрудняюсь ответить

70. Доводилось ли Вам пробовать «вкус» наркотиков?

- а) да
- б) нет
- в) затрудняюсь ответить

71. Если да, то когда в последний раз Вы употребляли наркотики?

- а) год тому назад или более
- б) . на протяжении года
- в) в течении месяца
- г) на протяжении недели.
- д) вчера (сегодня).

72. Если Вы употребляли наркотики, то какие пути Вы для этого использовали? (можно сделать несколько отметок)

- а) вдыхание химических препаратов
- б) приём внутрь (таблеток, капсул, марок)
- в) курение «травки»
- г) укол в вену, инъекции
- д) нюханье порошка
- е) другое

73. Есть ли у Вас причины, мотивы употреблять (или по крайней мере попробовать) наркотики?

- а) да
- б) возможно
- в) сейчас нет, но такое исключить нельзя
- г) нет и быть не может

74. Что, на Ваш взгляд, побуждает молодых людей употреблять наркотики? (можно сделать несколько отметок)

- а) Влияние друзей, компании
- б) Стремление избавиться от неприятных переживаний, мыслей, заглушить их
- в) Чтобы нормально себя чувствовать, чтобы не было «ломки»
- г) Стремление к удовольствию, желание испытывать необычные ощущения
- д) Желание улучшить своё состояние, повысить активность и настроение
- е) Стремление стать «своим» в компании
- ж) Отсутствие внешнего контроля взрослых
- з) Это модно, престижно в молодёжной среде
- и) Неумение контролировать себя.
- В жизни нужно всё попробовать, а остановиться можно в любой момент
- к) Не могу пересилить тяги к употреблению наркотиков, употребляю всегда, когда они у меня есть или когда мне представляется такая возможность
- л) Лёгкие наркотики не могут серьёзно навредить, их употребление имеет даже положительные стороны
- м) Употребляю назло всем, из духа противоречия

75. Считаете ли Вы, что наркомания (употребление наркотиков и психотропных веществ) является заболеванием?

- а) да
- б) нет
- в) затрудняюсь ответить

76. Какое поведение человека по отношению к наркотикам Вы считаете нормальным?

- а) наркотики можно употреблять любые, если они тебе доступны
- б) иногда можно употреблять наркотики крепче (укол, «колёса» и т. п.)
- в) курить «травку» можно довольно часто
- г) иногда можно курнуть «травку»
- д) никогда и ни при каких обстоятельствах не употреблять

77. Включает ли, по Вашему мнению, «молодёжная культура» употребление и распространение наркотиков?

- а) да
- б) скорее да, чем нет
- в) затрудняюсь ответить
- г) скорее нет, чем да
- д) нет

78. Как часто Вы обсуждаете проблему наркотиков в кругу друзей, знакомых?

- а) никогда
- б) иногда
- в) часто
- г) регулярно

79. Каково Ваше поведение в отношении потребителей наркотиков?

- а) стараюсь свести контакты с ними к минимуму
- б) общаюсь с ними неохотно
- в) веду себя с ними как со всеми остальными людьми
- г) стремлюсь к общению с ними
- д) выбираю себе друзей по этому признаку
- е) с потребителями наркотиков никогда не сталкивался.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

КАРТА ОЦЕНКИ ЭКСПЕРТОМ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

1. В какой медицинской организации Вы работаете? Обязательно укажите условия оказания медицинской помощи – стационарные или амбулаторно-поликлинические.

2. Какую должность Вы занимаете?

3. Какие из перечисленных документов есть в Вашей медицинской организации? Если есть, поставьте «+», если нет – прочерк.

Документы	Отметка о наличии
Конституция Российской Федерации (1993)	
ФЗ РФ 2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»	
ФЗ РФ от 1.06.2013 г «Об охране здоровья населения от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака»	
Указ Президента РФ от 09.10.2007 г. № 135 «Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 г.»	
Указ Президента РФ от 09.06.2010 г. №690 «Стратегия государственной антинаркотической политики Российской Федерации на период до 2020 года»	
Распоряжение Правительства РФ от 24.12.2013 г. № 2511-р «Государственная программа развития здравоохранения Российской Федерации»	
Распоряжение Правительства РФ от 8.10.2012 г. № 1864-р «О создании Правительственной комиссии по вопросам охраны здоровья граждан»	
Распоряжение Правительства РФ от 30.12.2009 г. №2128-р «Концепция реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения РФ на период до 2020 года»	
Приказ Минздрава России от 23.09.2003 г. №455 «О совершенствовании деятельности органов и учреждений здравоохранения по профилактике заболеваний в Российской Федерации»	
Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 19.08.2009 г. № 597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака»	
Приказ Минздрава России от 30.09.2015 г. № 683 «Об утверждении порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях»	
Приказ Минздрава России от 3.02.2015 г №36ан «Порядок проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения»	
Приказ Минздрава России от 6.12.2012 г. №1101н «Порядок проведения профилактического медицинского осмотра»	
Приказ Минздрава России от 24.01.2003 №4 «О мерах по совершенствованию организации медицинской помощи больным с артериальной гипертензией в Российской Федерации»	
Приказ Минздрава России №543 от 15.05.2012 г. «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»	
Приказ Минздрава России № 929н от 15.11.2012 г. «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «наркология»	

Документы	Отметка о наличии
Приказ Минздрава России от 15.06.2015 г. № 343н «Порядок организации и проведения санитарно-просветительной работы по вопросам профилактики управления транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения»	
Приказ минздрава Саратовской области от 28.03.2016 г. № 476 «О совершенствовании профилактической работы»	
Приказ минздрава Саратовской области от 20.12.2013 г. № 1221 «О реализации информационно-коммуникационной стратегии по формированию здорового образа жизни, борьбе с потреблением алкоголя и табака, предупреждению и борьбе с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ на период до 2020 года»	
Приказ главного врача «О назначении лица из администрации медицинской организации (заместителей главного врача), ответственного за организацию работы по гигиеническому обучению и воспитанию населения (пациентов)»	
Приказ главного врача медицинской организации «О назначении медицинского работника на должность инструктора по гигиеническому обучению и воспитанию населения (пациентов)»	
Приказ главного врача об организации в ЛПУ «школ здоровья»	
Положение о кабинете (отделении) медицинской профилактики	
Должностные обязанности куратора от администрации медицинской организации, ответственного за организацию работы по гигиеническому обучению и воспитанию населения (пациентов)	
Должностные обязанности инструктора по гигиеническому обучению и воспитанию населения (пациентов)	
Перечень установленных в мировом и общегосударственном масштабах дней, которые могут быть использованы для проведения мероприятий по охране и укреплению здоровья	
Планы санитарно-просветительной работы	
Информационно-методические материалы по гигиеническому обучению и воспитанию населения, получаемые:	
• из Минздрава России	
• ГНИЦ профилактической медицины	
• минздрава Саратовской области	
• областного центра медицинской профилактики	
• других источников (конференции, семинары, СМИ и др.)	
Образцы памяток по заболеваниям, угрожающим жизни состояниям и здоровому образу жизни	
Журналы (книги учёта) по ведению санитарно-просветительной работы	
Конспекты по темам «школ здоровья»	
• во всех структурных подразделениях, где они организованы	
• не во всех структурных подразделениях, где они организованы	
Форма 38-у «Информация по санитарно-просветительной работе» – для ежемесячного сбора данных о проделанной санитарно-просветительной работе	
Сводные отчеты по форме 038-у – представляются в областной центр медицинской профилактики два раза в год	
Сводные отчеты по форме 30 (таблица 4809 по школам здоровья) – представляются в областной центр медицинской профилактики по итогам года	

4. Оцените, пожалуйста, по привычной 5-балльной шкале проведение мероприятий первичной профилактики в Вашей медицинской организации.

Мероприятия	Оценка
По переходу пациентов к здоровому образу жизни:	
рациональному и здоровому питанию	
адекватной физической нагрузке	
избавлению от вредных привычек (табакокурения, употребления алкоголя, наркотиков)	
гармоничным семейным и сексуальным отношениям	
медицинской активности, в том числе активному самоконтролю за состоянием своего здоровья, своевременному консультированию у специалистов, выполнению медицинских рекомендаций и т.п.	
По снижению влияния вредных факторов труда, быта, климата и т.п. на организм пациентов	
Осуществление медицинского скрининга с целью снижения влияния вредных факторов риска и их раннего выявления и предупреждения развития при проведении диспансеризации и профилактических осмотров (предварительных, периодических) декретированных и др. контингентов	

Проведение иммунопрофилактики	
Оздоровление лиц и контингентов населения, находящихся под воздействием неблагоприятных для здоровья факторов с применением мер медицинского и немедицинского характера	
Другое (укажите, пожалуйста, что)	

5. Оцените, пожалуйста, по привычной 5-балльной шкале проведение мероприятий вторичной профилактики в Вашей медицинской организации.

Мероприятия	Оценка
Целевое санитарно-гигиеническое воспитание, в том числе индивидуальное и групповое консультирование (обмен опытом, активные формы обучения, формирование мотивации к изменению поведенческих привычек)	
Проведение диспансерных медицинских осмотров с целью оценки динамики состояния здоровья и проведения соответствующих оздоровительных и лечебных мероприятий	
Проведение курсов профилактического лечения и целевого оздоровления, в том числе лечебного питания, лечебной физкультуры, медицинского массажа и др.	
По управлению медико-психологической адаптацией к изменению в состоянии здоровья; формирование правильного восприятия и отношения к изменившимся возможностям и потребностям организма	
Целевое санитарно-гигиеническое обучение пациентов и членов их семей знаниям и навыкам, связанным с конкретным заболеванием или группой заболеваний	
Другое (укажите, пожалуйста, что)	

6. Оцените, пожалуйста, по привычной 5-балльной шкале проведение мероприятий медицинской реабилитации в Вашей медицинской организации (действия, направленные на устранение или компенсацию ограничений жизнедеятельности и утраченных вследствие заболеваний функций, с целью возможно более полного восстановления социального и профессионального статуса).

_____ баллов

7. Каково соотношение способов осуществления гигиенического обучения и воспитания пациентов в Вашей медицинской организации?

Способы	В Вашей медицинской организации (%)	В идеальном варианте (%)
Устный		
Печатный		
Изобразительный (наглядный)		
Итого:	100%	100%

8. Оцените пожалуйста, реализацию в Вашей медицинской организации методов гигиенического обучения и воспитания пациентов по следующей шкале: 5 баллов – проводятся или выпускаются постоянно и на высоком уровне; 4 балла – регулярно и (или) на неплохом уровне; 3 балла – редко и (или) на удовлетворительном уровне; 2 – единичные случаи и (или) низкий уровень. Если не проводятся, поставьте прочерк.

Методы	Балл
Устные	
Лекции	
Агитационно-информационные выступления	
Беседы	
Вечера вопросов и ответов	
Викторины	
Конференции	
Семинары	
Практические занятия	
Инструктажи	
Объяснения (выставка экскурсионных объектов)	
Дискуссии	
Радиовещание и телевидение (показ видеороликов на мониторах внутрибольничных телевизоров и компьютеров и т.п.)	
Печатные	
Лозунги («Не кури», «Соблюдайте чистоту» и др.)	
Листовки	
Памятки	
Брошюры	
Буклеты	
Бюллетени	

Методы	Балл
Журналы	
Календари	
Статьи в периодической прессе	
Книги	
Изобразительные (наглядные)	
Муляжи (точная копия натуры по форме, размерам, окраске)	
Модели (уменьшенная или увеличенная копия, например, разборная модель уха)	
Макеты (значительно уменьшенная копия, например, макет медицинской организации)	
Фантомы (например, для показа механизма родов)	
Плакаты	
Диафильмы	
Слайды	

9. Оцените, пожалуйста, по привычной 5-балльной шкале осуществление направлений деятельности кабинета (отделения) медицинской профилактики Вашей медицинской организации (если они есть).

Направления деятельности	Балл
Подготовка сотрудников медицинской организации по разделу гигиенического обучения и воспитания, формирования здорового образа жизни, а также совершенствования знаний и внедрения новых методов профилактики заболеваний	
Приобретение и распространение инструктивно-методических документов по сохранению и укреплению здоровья, наглядных пособий санитарно-просветительного характера (включая видеофильмы) среди работников медицинской организации, организованного и неорганизованного населения	
Организация, контроль и анализ деятельности медицинской организации по реализации целевых программ гигиенического обучения и воспитания, профилактике заболеваний	
Организация и проведение акций профилактической направленности среди прикрепленного населения с широким привлечением их к этой работе	
Создание банка санитарно-просветительной литературы, лекций, бесед, статей медицинского профиля из периодической печати для использования в повседневной работе	
Организация лекториев, школ здоровья, семинаров для различных групп населения (пациентов) по охране здоровья	
Рецензирование текстов лекций, бесед, статей и других материалов, подготовленных работниками медицинской организации	
Оказание помощи сотрудникам медицинской организации в составлении раздела индивидуальных планов работы по вопросам санитарно-просветительной деятельности	
Составление сводного годового плана работы медицинской организации по гигиеническому обучению и воспитанию	
Оказание организационно-методической и консультативной помощи сотрудникам медицинской организации при подготовке лекций, бесед, радиопередач, «круглых столов», конференций, семинаров, совещаний и др.	
Консультирование и анализ деятельности медицинских работников с пациентами (населением) по разделу гигиенического обучения и воспитания, сохранения и укрепления здоровья, ежеквартальное представление объективной оценки с представлением её главному врачу для последующего использования при проведении врачебных конференций (совещаний) и принятии соответствующих решений	
Приём отчетов о проделанной работе сотрудников медицинской организации, составление сводного статистического отчета по медицинской организации, доведение результатов до сведения главного врача, представление в областной центр медицинской профилактики	
Осуществление инструментальных исследований (антропометрия, измерение артериального давления, взвешивание и пр.) в рамках диспансеризации населения (пациентов) в медицинской организации	
Осуществление сбора анамнестических данных для выявления факторов риска, а также тестирования и анкетирования, с последующей выдачей рекомендаций по коррекции здорового образа жизни в рамках диспансеризации населения (пациентов) в медицинской организации	
Осуществление оформления документов при прохождении пациентами (населением) диспансеризации	
Организация проведения углубленного консультирования в рамках 2 этапа диспансеризации	
Осуществление динамического наблюдения за пациентами со 2-3 группами здоровья	
Организация учета профилактических осмотров, а также осуществление учета и контроля за проведением профилактических прививок	
Разъяснение целесообразности и актуальности проведения прививок	

Направления деятельности	Балл
Организация лекториев, школ и семинаров для различных групп населения (пациентов) по охране сохранения и укрепления здоровья, обеспечение их проведения как в организационно-методическом плане, так и в плане обеспечения слушателей санитарно-просветительной литературой	
Проведение медико-социальных опросов прикрепленного населения (пациентов) по вопросам профилактики заболеваний, удовлетворенности качеством медицинской помощи	

10. Оцените, пожалуйста, по привычной 5-балльной шкале в целом организацию профилактической работы в Вашей медицинской организации.

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

АНКЕТА

ОЦЕНКИ ЭКСПЕРТАМИ ИЗУЧЕНИЯ И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В ПОВСЕДНЕВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗНАНИЙ ПО СТАТИСТИКЕ И ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЕ

1. Какую должность Вы сейчас занимаете?

2. Есть ли у Вас опыт проведения научных исследований? Ваш ответ подчеркните.

- небольшой в медицинском вузе;
- небольшой в процессе практической деятельности;
- небольшой в вузе и в процессе практической деятельности;
- занимаюсь постоянно, но диссертационное исследование не выполняю;
- выполняю диссертационное исследование;
- имею учёную степень;
- опыта не имею.

3. Оцените, пожалуйста, по привычной 5-балльной шкале значимость для Вашей практической деятельности модулей цикла повышения квалификации.

Модули	Баллы
Организация здравоохранения и общественное здоровье, методы изучения и оценки	
Система охраны здоровья населения	
Экономика здравоохранения в условиях реформы	
Управление качеством медицинской помощи	
Правовые основы здравоохранения на современном этапе	
Организационно-методическая работа в учреждениях здравоохранения	
Медицинская статистика	
Менеджмент и маркетинг в здравоохранении	

4. Оцените, пожалуйста, как реализуются классические этапы статистического исследования в процессе анализа практической деятельности Вашей медицинской организации. В каждой строке укажите, пожалуйста, процент случаев из всех (100%) проведённых анализов. Если не реализуете, поставьте прочерк.

Этапы	% реализации
Планирование и организация	___ % из 100%
Сбор статистического материала (статистическое наблюдение)	___ % из 100%
Обработка собранных данных	___ % из 100%
Выводы и предложения на основе анализа полученных результатов	___ % из 100%

5. Если в Вашей медицинской организации планируется проведение анализа практической деятельности, то в каком виде это делается?

- на бумаге;
- в электронном виде;
- в электронном виде и на бумаге;
- только как умозрительный проект.

6. Если в Вашей медицинской организации планируется проведение анализа практической деятельности, то какие мероприятия включаете в планы? Можно указать (подчеркнуть) любое число мероприятий.

- выбор статистической совокупности, о которой будут собираться сведения;
- определение первичного статистического документа, содержащего перечень подлежащих регистрации учетных признаков;
- определение способа группировки материала (типологическая или вариационная; первичная или вторичная и т.п.);

- составление макетов таблиц с различной группировкой учетных признаков;
- выбор места исследования;
- определение времени (сроков) проведения анализа;
- определение вида (единовременное; текущее) сбора статистического материала, то есть статистического наблюдения;
- выбор метода (сплошной; несплошной) статистического наблюдения;
- определение способа статистического наблюдения (непосредственный; выкопировки данных; анамнестический);
- назначение руководителя и исполнителей статистического анализа (исследования).
- обоснование материально-технического обеспечения;
- оценка стоимости.

7. Какие методы статистического анализа используются в практической деятельности Вашей медицинской организации? Если не используете, поставьте прочерк.

Метод	Используется
Параметрический метод определения достоверности различий – t-критерий Стьюдента	
Непараметрические методы определения достоверности различий (критерий знаков, критерий Манна-Уитни, критерий χ^2)	
Метод стандартизации	
Метод корреляции	
Метод регрессии	
Другие методы (укажите, пожалуйста, какие)	

8. Какие формы представления результатов практической деятельности (например, в отчётах) используются в Вашей медицинской организации? В сумме должно быть 100%

Форма	% случаев
Только текстовая	
Только табличная	
Только графическая	
Текстовая и табличная	
Текстовая и графическая	
Табличная и графическая	
Текстовая, табличная и графическая	
Итого:	100

9. Если в Вашей медицинской организации используется графическая форма представления результатов практической деятельности, то какие её виды? В сумме должно быть 100%

Виды графического изображения	% случаев
Линейные диаграммы	
Столбиковые диаграммы	
Внутристолбиковые диаграммы	
Секторные диаграммы	
Радиальные диаграммы	
Объёмные диаграммы	
Фигурные диаграммы	
Картограммы	
Картодиаграммы	
Итого:	100

10. Как Вы считаете, почему методы статистики недостаточно реализуются в практике здравоохранения? Можно отметить несколько вариантов?

- Медики плохо знают математику, а следовательно, статистику;
- Слабые знания из-за низкого уровня преподавания в медицинских вузах;
- Материалы, которые необходимо подвергать статистическому анализу, часто не объективны (не соответствуют действительности), а значит, их статистический анализ для практики ничего не даёт;
- Низкая мотивация на использование статистических методов;
- Статистический анализ может выявить нежелательные для спокойной работы результаты;
- другое (укажите, пожалуйста, что) _____

11. Реализуете ли Вы при принятии решений в рамках своих полномочий следующие «шаги» доказательной медицины? В каждой строке укажите, пожалуйста, процент случаев из всех (100%) принятых Вами решений. Если не реализуете, поставьте прочерк.

Действия («шаги»)	%

Действия («шаги»)	%
Выяснить, изучалась ли данная проблема или задача в научных исследованиях (формулировка вопроса, поиск)	___ % из 100%
Проанализировать методику проведённых исследований, выявить потенциальные ошибки и ограничения, оценить достоверность результатов	___ % из 100%
Обобщить и систематизировать полученные сведения	___ % из 100%
Определить, применимы ли имеющиеся данные к конкретной практике	___ % из 100%
Обосновать потенциальные альтернативные варианты действий; определить возможные положительные и отрицательные последствия каждого из вариантов и выбрать наиболее целесообразный	___ % из 100%

12. Знаете ли Вы иностранные языки? Оцените свои знания по привычной 5-балльной шкале.

Язык	Балл
Английский	
Немецкий	
Французский	
Китайский	
Польский	
Украинский	
Другой (укажите, какой)	

13. Какие источники информации Вы используете в своей практической деятельности? Можно указать несколько ответов.

- руководящие документы (законы, приказы, инструкции и т.п.);
- учебники;
- учебные и методические пособия;
- статьи в медицинских журналах и научно-практических сборниках (например, конференций);
- монографии;
- поисковики в Интернете (Яндекс, Гугл);
- электронные базы данных (Medline, Кокрановская библиотека);
- электронную научную библиотеку (Elibrary);
- вузовские (когда учились) материалы лекций и практических занятий;
- материалы, полученные при прохождении «первичной специализации»;
- материалы, полученные при прохождении усовершенствований;
- другое (укажите, пожалуйста, что)

14. Когда Вы читаете статьи в медицинских журналах, научно-практических сборниках или монографии, насколько Вы доверяете их авторам? Дайте один ответ.

- полностью;
- соотношу со своим опытом;
- анализирую методику проведённых исследований, пытаюсь выявить потенциальные ошибки и ограничения, оценить достоверность результатов;
- соотношу со своим опытом и анализирую методику проведённых исследований, пытаюсь выявить потенциальные ошибки и ограничения, оценить достоверность результатов;
- не читаю (читаю редко).

15. Как часто Вы посещаете медицинскую библиотеку? Если не посещаете – прочерк.

16. Оцените, пожалуйста, уровень своих знаний по медицинской статистике (по привычной 5-балльной шкале).

Место получения	Баллы
В медицинском вузе	
Перед данным усовершенствованием	
После изучения на данном цикле усовершенствования	

17. По Вашему мнению, как повлияло на Вас изучение медицинской статистики во время прохождения данного цикла повышения квалификации? Дайте один ответ.

- Существенно улучшилось представление о её значимости для практической деятельности;
- Понял(а), что, возможно, недооценивал(а) её значимость для практической деятельности;
- Раньше считал(а), что она нужна и сейчас также считаю;
- Раньше считал(а), что она не нужна и сейчас также считаю.

18. Оцените, пожалуйста, по привычной 5-балльной шкале свои знания положений доказательной медицины.

Знания	Баллы

До данного цикла повышения квалификации	
После прохождения данного цикла усовершенствования	

19. По Вашему мнению, что необходимо изменить в преподавании статистики на данном цикле повышения квалификации?

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

АНКЕТА

СРАВНИТЕЛЬНОЙ ОЦЕНКИ ЭКСПЕРТАМИ СИСТЕМ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

1. Оцените силу действия двух систем охраны здоровья населения по привычной 5-балльной шкале. Первая – традиционная, когда за состояние здоровья населения в основном отвечают медики. Вторая базируется на межсекторальном взаимодействии.

Межсекторальное взаимодействие			
№ п/п	Основные действия	Система охраны здоровья населения	
		Традиционная	Межсекторальное взаимодействие
ОРГАНИЗАЦИЯ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ			
1	Определение ответственности за действия и справедливость в отношении охраны здоровья населения		
2	Получение фактических данных о состоянии здоровья населения, детерминантах здоровья и способах их коррекции		
3	Осуществление кадровой политики в отношении охраны здоровья населения		
4	Формирование у руководителей заинтересованных структур и ответственных исполнителей позитивной мотивации на организацию охраны здоровья населения		
5	Определение целей и задач по охране здоровья населения и доведение их, а также реальных условий, в которых они будут достигаться и решаться, до исполнителей		
6	Организация подготовки исполнителей к осуществлению конкретных мероприятий, в том числе в отношении воздействия на детерминанты здоровья		
7	Принятие решений на организацию охраны здоровья населения, их оформление в виде специальной организационно-распорядительной документации, в том числе планов, программ, их доведение до исполнителей		
8	Организация проведения мероприятий по охране здоровья населения		
9	Учёт выполнения мероприятий, в том числе в специальных документах		
10	Представление донесений (отчётность) о выполнении мероприятий по охране здоровья населения		
11	Оценка успешности охраны здоровья населения		
12	Определение направлений оптимизации работы по охране здоровья населения		
13	Организация проведения научных исследований в области охраны здоровья населения		
НАПРАВЛЕНИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ			
1.	Укрепление репродуктивного здоровья населения и повышение роста рождаемости		
2.	Обеспечение раннего развития детей и подростков		
3.	Улучшение повседневных условий жизни населения		

№ п/п	Основные действия	Система охраны здоровья населения	
		Традиционная	Межсекторальное взаимодействие
4.	Обеспечение справедливости в отношении здоровья между жителями сельской и городской местности		
5.	Обеспечение справедливых условий найма и достойной работы, социальных гарантий и охраны труда		
6.	Обеспечение социальной защиты в течение всей жизни		
7.	Обеспечение здорового рациона питания населения		
8.	Обеспечение физической активности населения		
9.	Обеспечение дорожно-транспортной безопасности		
10.	Функционирование частного сектора (рынка) и охрана здоровья населения		
11.	Обеспечение гендерной справедливости		
12.	Обеспечение общественной безопасности и правопорядка		
13.	Осуществление борьбы с наркотиками, алкоголем, табакокурением		
14.	Борьба с социально обусловленными (значимыми) заболеваниями (туберкулёзом, ВИЧ-инфекцией, ЗППП и др.)		
15.	Иммунизация населения		
16.	Поддержание благоприятной санитарно-эпидемиологической обстановки		
17.	Пропаганда здорового образа жизни		
18.	Обеспечение всеобщего доступа к медицинской помощи		
19.	Финансирование мер по воздействию на социальные детерминанты здоровья и обеспечение справедливости в отношении здоровья для всех		
20.	Предоставление населению политических полномочий в разработке повесток дня и принятии решений, связанных со здоровьем		
21.	Защита населения от техногенных аварий и экстремальных явлений природы		
22.	Природоохранная деятельность и стратегическое обеспечение экологической безопасности		
23.	Подготовка призывного контингента		
24.	Осуществление медико-социальной экспертизы социально-экономических и технических планов, проектов и программ		

2. Как Вы считаете, на сколько % в настоящее время реализуется система межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения?

- в районе, в котором Вы проживаете – на ____ %;
- в городе, в котором Вы проживаете – на ____ %;
- в области, в которой Вы проживаете – на ____ %;
- в нашей стране – на ____ %.

3. Что, по Вашему мнению, мешает реализации системы межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения (можно дать несколько ответов)?

- ничто не мешает;
- отсутствие соответствующей мотивации исполнителей в заинтересованных структурах;
- недостаточная научная разработка вопросов межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения;
- нехватка необходимых материальных средств (недостаточное финансирование и т.п.);
- недостаточная разработка соответствующего нормативного правового поля;
- недостаточная профессиональная подготовка исполнителей в заинтересованных структурах;
- низкий уровень планирования мероприятий по охране здоровья населения (планов, программ и т.п.);
- низкий уровень медицинской активности населения;
- отсутствие необходимой объективной информации о состоянии здоровья населения;

- отсутствие необходимого мониторинга состояния работы по охране здоровья населения в заинтересованных структурах;
- неспособность отдельных руководителей заинтересованных структур принимать решения на организацию такого межсекторального взаимодействия;
- другое (уточните, пожалуйста, что) _____

ПРИЛОЖЕНИЕ 7

АНКЕТА

ОЦЕНКИ РУКОВОДИТЕЛЯМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЗНАЧИМОСТИ СЕКТОРОВ, ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ В ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ (ЧАСТЬ 1)

1. Охрана здоровья населения – сложный и многоплановый процесс, включающий комплекс мероприятий, осуществление которых выходит далеко за пределы деятельности органов здравоохранения. Определите, пожалуйста, значимость (по привычной 5-балльной шкале) и удельный вес (сумма должна составлять 100%) перечисленных в таблице мер в общей системе охраны здоровья граждан.

Характер мер	Балл	%
Политические		
Экономические		
Правовые		
Социальные		
Научные		
Медицинские, в том числе санитарно-противоэпидемические (профилактические)		
Итого:		100%

2. Определите, пожалуйста, деятельность каких из представленного перечня секторов государства и общества имеет существенное значение для решения вопросов охраны здоровья населения. Если согласны с конкретным сектором, отметьте это «галочкой» или «+». если не согласны, поставьте «-». Если вы хотите добавить ещё какой-то сектор (ы), укажите его (их) в пункте «Другое» анкеты.

Секторы	Балл
Губернатор (аппарат губернатора)	
Ветеринария	
Военный комиссариат	
Госрегулирование тарифов	
Государственные закупки	
Дела ЗАГС	
Депутаты думы территории (Региональный Парламент)	
Деятельность мировых судей	
Дорожное хозяйство и транспорт	
Жилищная инспекция	
Занятость, труд и миграция	
Защита прав несовершеннолетних	
Здравоохранение	
Инвестиционная политика	
Информация и печать	
Капитальное строительство	
Культура	
Лесное хозяйство	
Молодежная политика, физическая подготовка, спорт и туризм	

Секторы	Балл
Обеспечение безопасности жизнедеятельности населения	
Образование	
Общественные институты	
Общественные организации	
Общественные связи и национальная политика	
Органы внутренних дел и прокуратура	
Охотничье хозяйство и рыболовство	
Охрана окружающей среды и природопользование	
Промышленность и энергетика	
Религиозные организации	
Роскомстат	
Роспотребнадзор	
Сельское хозяйство	
Социальное развитие	
Специальные программы	
Строительный надзор	
Строительство и жилищно-коммунальное хозяйство	
Территориальные образования	
Торговля	
Финансы	
Частные организации	
Экономическое развитие	
Другое _____	

ПРИЛОЖЕНИЕ 8

АНКЕТА ОЦЕНКИ РУКОВОДИТЕЛЯМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ЭКСПЕРТАМИ СЕКТОРОВ, ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ В ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ (ЧАСТЬ 2)

1. Оцените, пожалуйста значимость секторов, заинтересованных в охране здоровья населения по 10-балльной шкале: (более 7 – 10 баллов – имеет существенное значение; более 4 – 7 баллов – важное значение; более 1 – 4 балла – имеет значение; 0 – 1 балл – не имеет значения) и меру участия (удельный вес) в этом процессе (в%).

Секторы	Балл	%
1. Губернатор (аппарат губернатора)		
2. Ветеринария		
3. Военный комиссариат		
4. Депутаты думы территории (Региональный Парламент)		
5. Дорожное хозяйство и транспорт		
6. Занятость, труд и миграция		
7. Здравоохранение		
8. Информация и печать		
9. Культура		
10. Молодежная политика, физическая подготовка, спорт и туризм		

Секторы	Балл	%
11. Обеспечение безопасности жизнедеятельности населения		
12. Образование		
13. Общественные организации		
14. Органы внутренних дел и прокуратура		
15. Охотничье хозяйство и рыболовство		
16. Охрана окружающей среды и природопользование		
17. Промышленность и энергетика		
18. Роспотребнадзор		
19. Сельское хозяйство		
20. Социальное развитие		
21. Строительство и жилищно-коммунальное хозяйство		
22. Финансы		
23. Экономическое развитие		

2. Определите пограничный уровень значимости (исходя из 10-балльной шкалы), который позволит разделить заинтересованные секторы на относительно более (основные) и менее значимые.

ПРИЛОЖЕНИЕ 9

АНКЕТА

ОЦЕНКИ РУКОВОДИТЕЛЯМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ЭКСПЕРТАМИ И НАСЕЛЕНИЕМ

ДЕТЕРМИНАНТ ЗДОРОВЬЯ И МЕР, КОТОРЫЕ ВКЛЮЧАЕТ ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Многие факторы влияют на здоровье – позитивно или негативно. Такие факторы называют детерминантами здоровья. Оцените, пожалуйста, их значимость по 10-балльной шкале (более 7 – 10 баллов – имеет существенное значение; более 4 – 7 баллов – важное значение; более 1 – 4 балла – имеет значение; 0 – 1 балл – не имеет значения) и меру влияния (в %).

Детерминанты здоровья	Балл	%
<i>Группа «Образ жизни»</i>		
Качество питания		
Физическая активность		
Курение		
Употребление алкоголя		
Сексуальное поведение		
Употребление наркотиков		
Медицинская активность		
<i>Группа «Условия жизни и работы»</i>		
Обеспеченность жильем, в том числе санитарно-гигиеническими условиями		
Условия работы, в том числе санитарно-гигиенические		
Организация охраны труда		
Доступность услуг, в том числе функционирование сети обслуживания жилого фонда		
Доступность необходимого уровня комфорта		
Возможности получения образования		
Транспортное обеспечение, в частности, состояние дорожно-транспортной сети и функционирование системы личного общественного транспорта		
Устройство территории		
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		
<i>Группа «Факторы, которые воздействуют на общество в широком смысле слова»</i>		
Ответственность власти за действия и справедливость в отношении здоровья населения		

Детерминанты здоровья	Балл	%
Общие социально-экономические условия, в том числе финансирование мер по воздействию на социальные детерминанты здоровья и обеспечение справедливости в отношении здоровья и обеспечение справедливости в отношении здоровья для всех		
Участие населения в разработке связанных с политикой повесток дня и принятии решений, связанных со здоровьем		
Климат		
Погода		
Экологическая обстановка		
Работа средств массовой информации, в частности по вопросам гигиенического обучения и воспитания населения, пропаганды здорового образа жизни		
Состояние общественной безопасности и правопорядка		
Группа «Структурные показатели социально-экономического неравенства»		
Род занятий, в том числе положение в общественной иерархии		
Уровень дохода		
Место проживания		
Условия найма на работу и обеспечения достойной работой		
Социальная изоляция, прежде всего иммигрантов, национальных меньшинств, иностранных рабочих и беженцев, их детей		
Внегрупповые		
Наследственность		
Пол		
Возраст		
Индивидуально-психологические особенности личности		
Уровень образования (конкретного человека)		
Уровень культуры (конкретного человека)		
Система взаимоотношений между людьми, в том числе в семье, с друзьями, ближайшим окружением, сослуживцами, помощь членов общества друг другу в неблагоприятных ситуациях		
Медицинское обслуживание – работа органов и учреждений здравоохранения		

1. Согласны ли Вы с объединением перечисленных детерминант здоровья в указанные группы?

Да

Нет

2. Если не согласны, то объясните, пожалуйста, в чём?

ПРИЛОЖЕНИЕ 10

АНКЕТА

ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЭКСПЕРТАМИ ЗНАЧИМОСТИ КОМПЕТЕНЦИЙ И ПОЗИЦИЙ ИХ СФОРМИРОВАННОСТИ ПО ТЕМЕ «УПРАВЛЕНИЕ МЕЖСЕКТОРАЛЬНЫМ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕМ ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ» ПРИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКЕ ОРГАНИЗАТОРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

1. Какую должность Вы сейчас занимаете?

Дайте, пожалуйста, оценку по 10-балльной шкале значимости компетенций: более 7 – 10 баллов – имеет существенное значение; более 4 – 7 баллов – важное значение; более 1 – 4 балла – имеет значение; 0 – 1 балл – не имеет значения. Вы можете добавить ещё какую-то компетенцию (и), укажите её (их) в пункте «Другое» анкеты.

Компетенции	Балл
Универсальные	
1. Готовность к системному мышлению, анализу, синтезу	
Профессиональные (готовность к организации и осуществлению межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения)	
2. Готовность к осуществлению комплекса мероприятий медицинского характера по охране	

Компетенции	Балл
здоровья населения в качестве сектора «здравоохранение»	
3. Готовность к участию в педагогической деятельности по профессиональной подготовке представителей заинтересованных секторов к осуществлению мероприятий охраны здоровья населения	
4. Готовность к координации деятельности по межсекторальному взаимодействию по охране здоровья населения	
5. Готовность к оценке успешности межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения	
6. Готовность к реализации технологии оптимизации межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения	
7. Другое _____	

3. Дайте, пожалуйста, оценку по 10-балльной шкале значимости формирования компетенций по рубрикам «знать», «уметь», «владеть»: более 7 – 10 баллов – имеет существенное значение; более 4 – 7 баллов – важное значение; более 1 – 4 балла – имеет значение; 0 – 1 балл – не имеет значения. Вы можете добавить ещё какую-то позицию (и), укажите её (их) в пункте «Другое» анкеты.

Позиции	Балл
рубрики «знать»	
Положения теории систем, варианты системного подхода, принципы изоморфизма, иерархии и мультипараметрического взаимодействия	
Цели и задачи межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения, положения нормативной правовой базы, их регламентирующие	
Характеристики социальной модели здоровья, предполагающей: формирование политики здоровья, то есть согласованной политики деятельности всех секторов общества в интересах здоровья, основанной, на социальных детерминантах; развитие межсекторального партнерства и подготовку совместных стратегических планов укрепления здоровья; вовлечение сообществ (общественности, трудовых коллективов, групп населения)	
Медико-демографические показатели	
Перечень и значимость детерминант здоровья, влияние на них заинтересованных секторов	
Перечень и значимость заинтересованных в охране здоровья секторов государства и общества, направления и силу их взаимодействия, положение о доминирующей роли сектора «здравоохранение», координационном центре межсекторального взаимодействия территории	
Психолого-педагогические основы проведения занятий по профессиональной подготовке представителей заинтересованных секторов к осуществлению мероприятий охраны здоровья населения	
Показатели оценки успешности межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения, значимость влияния на них заинтересованных секторов	
Принципы и возможные направления оптимизации межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения	
Основы медико-социальной экспертизы разрабатываемых или принимаемых социально-экономических и технических планов, проектов и программ	
Основы проведения мероприятий медицинского характера по охране здоровья населения	
Основы организации проведения научно-практических исследований проблемы межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения	
Другое _____	
рубрики «уметь»	
Реализовать в своей деятельности положения теории систем	
Использовать положения нормативной правовой базы организации межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения в своей деятельности	
Оценивать медико-демографическую ситуацию на территории	
Проводить анализ детерминант здоровья	
Конструировать способ оценки успешности межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения	
Определять направления оптимизации межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения	
Формировать обоснованные программы в области охраны здоровья населения, объединяющие	

Позиции	Балл
последовательные действия всех заинтересованных секторов	
Анализировать показатели, применяемые при осуществлении медико-социальной экспертизы социально-экономических и технических планов, проектов и программ	
Принимать эффективные решения о проведении мероприятий медицинского характера по охране здоровья населения	
Применять психолого-педагогические методы профессиональной подготовки представителей заинтересованных секторов к осуществлению мероприятий охраны здоровья населения	
Методы научного-практического исследования проблемы межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения	
Другое _____	
рубрики «владеть»	
Навыками применения положений системного подхода при организации межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения	
Навыками использования результатов оценки медико-демографической ситуации на территории для решения задач межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения	
Навыками оценки успешности межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения, деятельности заинтересованных секторов	
Навыками реализации технологии оптимизации межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения	
Навыками организации проведения мероприятий медицинского характера по охране здоровья населения	
Навыками координации деятельности заинтересованных в охране здоровья населения секторов, формирования обоснованных политических направлений и программ в области охраны здоровья населения, объединяющих последовательные действия всех заинтересованных секторов	
Навыками осуществления медико-социальной экспертизы разрабатываемых или принимаемых социально-экономических и технических планов, проектов и программ	
Навыками организации проведения профессиональной подготовки представителей заинтересованных секторов к осуществлению мероприятий охраны здоровья населения	
Навыками организации проведения и внедрения результатов научно-практических исследований по проблеме межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения.	
Другое _____	

ПРИЛОЖЕНИЕ 11

АНКЕТА

ОЦЕНКИ РУКОВОДИТЕЛЯМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ТРЕБОВАНИЙ К СПОСОБУ ОЦЕНКИ УСПЕШНОСТИ МЕЖСЕКТОРАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ В ТЕРРИТОРИАЛЬНОМ ОБРАЗОВАНИИ

Укажите, пожалуйста, согласны ли Вы с каждым из требований, которым должен соответствовать способ оценки успешности межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения в территориальном образовании. Если согласны, отметьте это «галочкой» или «+». Если не согласны, поставьте «-». Если Вы хотите добавить ещё какое-то требование (я), укажите его (их) в пункте «Другое» анкеты.

Требование	Отметка
Иметь чёткую и конкретную межсекторальную основу – учитывать результаты соответствующей деятельности всех заинтересованных секторов, к процессу оценки привлекать их представителей и добиваться их взаимодействия	
Носить междисциплинарный характер – с учетом сложного и многопланового процесса охраны здоровья населения использовать знания, информацию и опыт самых разных дисциплин, широкий набор методов, методик и процедур	
Быть нацеленным на выявление неравенства в условиях для здоровья – недостаточно рассмотреть работу по охране здоровья сообщества в целом, важно оценить положение различных уязвимых групп	
Использовать количественные и качественные данные, не считая одни важнее других, так как они обеспечивают оценку различными типами информации	
Носить системный характер и производить оценку не отдельных самостоятельных показателей, а	

Требование	Отметка
функционирования всей системы работы по охране здоровья населения	
Иметь чёткую градацию и достаточно подробное описание каждого информативного показателя, например, его высокого, среднего, низкого уровней, с переводом в баллы	
Разделять информативные показатели по степени важности в отношении результата межсекторального взаимодействия (системообразующего фактора) – для каждого определять коэффициент значимости	
Осуществлять интегральную оценку на основании сравнения с обоснованными модельными вариантами («отлично», «хорошо» и т.д.)	
Представлять показатели, которые послужили причиной выставления той или иной интегральной оценки, в том числе показывать, как повлияло на здоровье принятие тех или иных решений, то есть давать возможность определять целенаправленные корректирующие мероприятия	
Определять итоговую оценку с помощью машинной программы, доступной неподготовленному пользователю, позволяющей проводить сравнительную оценку любого числа территориальных образований	
Другое _____	

ПРИЛОЖЕНИЕ 12

АНКЕТА ОЦЕНКИ РУКОВОДИТЕЛЯМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПРИНЦИПОВ ОПТИМИЗАЦИИ МЕЖСЕКТОРАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Согласны ли вы с каждым из принципов оптимизации межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения? Если согласны, отметьте это «галочкой» или «+». если не согласны, поставьте «-». При анализе «Системного подхода» необходимо оценить три принципа – изоморфизма, иерархии и мультипараметрического взаимодействия. Если вы хотите добавить ещё какой-то принцип (ы), укажите его (их) в пункте «Другое» анкеты.

Принцип	Отметка
Целенаправленности оптимизации Реализация данного принципа подразумевает: - обоснование и постановку реальных целей, заданных в рамках адекватного нормативного правового поля; - соответствие целей определённым свойствам (конкретность, измеримость, временные рамки, ресурсное обеспечение, согласованность с другими целями, адресность, своевременность, контролируемость); - необходимость реализации положения, в соответствии с которым управление целевой деятельностью системы межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения представляет собой совокупность директивных актов целенаправленного воздействия на объекты управления, основанных на анализе информации о них, позволяющей выявить соответствующие рассогласования – проблемы; при этом оптимизация заключается в обосновании и выборе такого управленческого решения, которое является наилучшим с точки зрения эффективности реализации целей межсекторального взаимодействия; - учёт территориальных особенностей иерархии (иерархической структуры) межсекторального взаимодействия, объединение интересов всех заинтересованных секторов, а также установление долевого участия, полномочий и ответственности с учётом баланса соблюдения целей каждого из них.	
Системного подхода Предполагается отношение к межсекторальному взаимодействию как к кибернетической системе управления, так и к функциональной системе и реализация трёх принципов: - изоморфизма (все системы, независимо от уровня их организации и количества составляющих компонентов, имеют принципиально одну и ту же функциональную архитектуру) – учёт и умелое использование особенностей каждого из подходов (например, в случае с функциональной системой – каждой её стадии – афферентного синтеза, принятия решения, эфферентного синтеза, обратной афферентации) с охватом не только результатов межсекторального взаимодействия, но и вопросов организации этого процесса (знание положений руководящих документов и конкретных условий, в которых осуществляется охрана здоровья)	

Принцип	Отметка
населения; принятие и реализация управленческих решений; мотивация участников и их профессиональной подготовленности; стиль работы; предвидение потребного результата), а также исследованием факторов, которые влияют на состояние здоровья (детерминант); - иерархии – определение заинтересованных секторов, направлений и значимости их взаимодействия; - мультипараметрического взаимодействия – изменение показателей, характеризующих какой-либо заинтересованный сектор, сказывается как на состоянии данной подсистемы, так и результатах функционирования всей системы.	
Дифференциации Требует обязательного учёта особенностей состояния и охраны здоровья различных категорий населения – жителей сельской и городской местности, различных возрастных групп, больных, инвалидов, безработных, мигрантов и т.д.	
Динамичности Даёт возможность своевременно делать прогноз по каждой динамической линии развития межсекторального взаимодействия, детально прорабатывать различные возможные варианты осуществления деятельности (альтернативы) с выбором оптимального, а значит, учитывать возможные последствия принимаемых решений. Обеспечивает прогностический (опережающий) тип организации межсекторального взаимодействия и управления им, ориентирует на разработки, исследования и действия в тех областях, где с наибольшей вероятностью возможны прорывы	
Совершенствования механизмов анализа Позволяет получать развёрнутую картину текущего состояния и возможных направлений коррекции организации и осуществления межсекторального взаимодействия; сконструировать критериально-диагностический аппарат его оценки (опора на адекватные представления о реальности) и спроектировать базирующуюся на нём соответствующую технологию оптимизации; сравнить фактически полученный результат оптимизации с ожидаемым (операционально определённым)	
Гибкости Реализация данного принципа обусловлена нестабильностью современного социально-экономического положения, требующей готовности к максимально адекватным изменениям организации и осуществления межсекторального взаимодействия, разнообразным вызовам и неожиданностям; позволяет рационально распоряжаться имеющимися ресурсами	
Стратегического планирования Осознание отдаленных перспектив позволяет практичнее и целесообразнее подходить к задачам текущим, оптимизировать процесс использования всех ресурсов	
Развития коммуникации Предполагает информатизацию и автоматизацию системы межсекторального взаимодействия	
Компетентности Реализация данного принципа определяет необходимость организации и осуществления целенаправленной специальной (профессиональной) подготовки участников из состава заинтересованных секторов, базирующейся на обосновании значимости знаний о детерминантах здоровья	
Демократизации Расширение участия общественности в оценке результатов межсекторального взаимодействия, определении перспектив развития форм и методов его организации	
Другое _____ _____	