

## МЕРЫ МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА И МЕЖСЕКТОРАЛЬНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ПО ВОПРОСАМ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Коршевер Н.Г.<sup>1</sup>, Сидельников С.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, e-mail: ssidelnikov@mail.ru

**Предмет исследования – оптимизация межсекторального взаимодействия по вопросам охраны здоровья населения. Цель работы – исследование мер медицинского характера в системе межсекторального взаимодействия по вопросам охраны здоровья населения. Проведено анонимное анкетирование 279 врачей-организаторов и 496 не медицинских работников, проходивших плановое обследование в центре здоровья. Опрошены 34 эксперта - организатора здравоохранения. Установлено, что меры медицинского характера, наряду с экономическими и социальными, - более значимы и составляют наибольший удельный вес в структуре работы по охране здоровья населения. Определены 37 детерминант здоровья и их значимость, в том числе детерминанта «Медицинское обслуживание - деятельность органов и учреждений здравоохранения». Выявлены 23 сектора, которые должны принимать участие в охране здоровья населения. Из них 13 – основные, в частности сектор «Здравоохранение», который играет доминирующую роль, осуществляет направляющую и координирующую функции. Оценена сила связи между сектором «Здравоохранение» и другими основными заинтересованными секторами, а также степень его воздействия на каждую из 37 детерминант здоровья. Установлены информативные показатели оценки межсекторального взаимодействия по вопросам охраны здоровья населения, имеющие отношение к мерам медицинского характера. К ним относятся сложные (состоящие из ряда информативных критериев) и простые (представлены одним информативным критерием) векторы. Обоснована градация каждого информативного показателя – описаны высокий, средний и низкий уровни. Полученные данные могут быть реализованы при осуществлении работы по охране здоровья населения.**

Ключевые слова: меры медицинского характера, охрана здоровья.

## MEASURES OF MEDICAL CHARACTER AND INTERSECTORAL COOPERATION ON THE PROBLEMS OF PUBLIC HEALTH CARE

Korshever N.G.<sup>1</sup>, Sidelnikov S.A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Ministry of Health of the Russian Federation, Saratov, e-mail: ssidelnikov@mail.ru

**The aim of the work was to investigate measures of medical character in the system of intersectoral cooperation on the problems of public health care. There has been carried on an anonymous questioning of 279 physicians taking a course of advanced training in the specialty “Organization of health care and public health”, and 496 persons (not medical workers) living in the city of Saratov and undergoing a scheduled medical examination in the Health Centre. Also, 34 experts - health care organizers have been anonymously questioned. It has been established that measures of medical character, alongside with economic and social measures, are more significant and constitute a greater proportion in the structure of activities regarding public health care. There have been determined significance of the health determinant “Activities of health care bodies and institutions” and of the sector “Health care”, which must play a dominating role in the activities of public health care and perform directing and coordinating functions. There has been evaluated the strength of the links between the basic engaged sectors and the sector “Health care”, as well as the degree of its influence on each of 37 health determinants. Informative indices for evaluating activities in the sphere of public health care regarding measures of medical character and their gradation have been established. The obtained data may be realized in performing activities in the sphere of public health care.**

Keywords: measures of medical character, public health care.

Здравоохранение – самая чувствительная и значимая отрасль для каждого человека и одновременно – основополагающая стратегическая отрасль для всей страны [6]. Безусловно, осуществление мер медицинского характера имеет прямое отношение к охране здоровья

населения. Вместе с тем круг вопросов, которые решают медицинские работники в рамках рассматриваемой проблемы, в частности в контексте детерминант здоровья, секторов, заинтересованных в его охране, оценки успешности этого процесса, требует дальнейшего исследования.

**Цель работы** заключается в исследовании мер медицинского характера в системе межсекторального взаимодействия по вопросам охраны здоровья населения.

### **Материалы и методы**

Реализовался один из основных методов общественного здоровья и здравоохранения – социологический. Проведено анонимное анкетирование 279 врачей в процессе усовершенствования на факультете повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава РФ (СГМУ) по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» и 496 человек (не медицинских работников), проживающих в г. Саратове и проходивших плановое обследование в центре здоровья. Были соблюдены качественная (случайный отбор) и количественная репрезентативности по отношению к признакам генеральных совокупностей.

Кроме того, также анонимно опрошены 34 эксперта: 14 - из числа профессорско-преподавательского состава организационных кафедр (общественного здоровья и здравоохранения; экономики и управления здравоохранением и фармацией) СГМУ и 20 – специалисты в области управления здравоохранением (руководители медицинских организаций г. Саратова и области). При их отборе учитывались опыт профессиональной деятельности по специальности, компетентность и согласованность мнений [5].

Отказов опрошенных зафиксировано не было.

Вопросы анкет касались организационных аспектов охраны здоровья населения, которые предлагались для оценки в виде определённых перечней (детерминант здоровья, заинтересованных секторов, информативных векторов и критериев успешности рассматриваемого процесса, их градации - высокий, средний и низкий уровни), и представлялось право либо с ними согласиться, либо «убрать» характеристики, с которыми не согласны, или (и) внести другие.

Результаты исследования обработаны с помощью персональной ЭВМ методами вариационной статистики с вычислением параметрических (Стьюдента) и непараметрических (Манна-Уитни) критериев различия.

### **Результаты**

Организаторами здравоохранения установлены значимость (по 5-балльной шкале) и удельный вес (%) мер различного характера в работе по охране здоровья населения. Так,

медицинские меры, наряду с экономическими и социальными – более значимы (4,1-4,3 балла) и составляют наибольший удельный вес (20,1-21,3%). Политические, правовые и научные меры – также важны, но менее значимы (3,6-3,4 балла) и занимают существенно меньшее место (11,7-13,6%) ( $p \leq 0,05$ ).

Путём опроса как не медицинских работников, так и организаторов здравоохранения определены 37 детерминант здоровья (1 - качество питания; 2 - физическая активность; 3 – курение; 4 - употребление алкоголя; 5 - сексуальное поведение; 6 - употребление наркотиков; 7 - медицинская активность; 8 – обеспеченность жильем, в том числе санитарно-гигиеническими условиями; 9 – условия работы, в том числе санитарно-гигиенические; 10 - организация охраны труда; 11 - доступность услуг, в том числе функционирование сети обслуживания жилого фонда; 12 - доступность необходимого уровня комфорта; 13 - возможности получения образования; 14 - транспортное обеспечение, в частности состояние дорожно-транспортной сети и функционирование системы личного и общественного транспорта; 15 - устройство территории; 16 - обеспечение социальных гарантий, в том числе для пенсионеров, лиц с ненадежной занятостью (включая безработных, неформальную занятость и работу по дому и по уходу), в таких особых ситуациях, как болезнь, инвалидность; 17 - ответственность власти за действия и справедливость в отношении здоровья населения; 18 - общие социально-экономические условия, в том числе финансирование мер по воздействию на социальные детерминанты здоровья и обеспечение справедливости в отношении здоровья для всех; 19 - участие населения в разработке связанных с политикой повесток дня и принятии решений, связанных со здоровьем; 20 – климат; 21 – погода; 22 - экологическая обстановка; 23 - работа средств массовой информации, в частности по вопросам гигиенического обучения и воспитания населения, пропаганды здорового образа жизни; 24 - состояние общественной безопасности и правопорядка; 25 - род занятий, в том числе положение в общественной иерархии; 26 - уровень дохода; 27 - место проживания; 28 - условия найма на работу и обеспечения достойной работой; 29 - социальная изоляция, прежде всего иммигрантов, национальных меньшинств, иностранных рабочих и беженцев, их детей (особая группа риска); 30 – наследственность; 31 - пол; 32 – возраст; 33 - индивидуально-психологические особенности личности; 34 - уровень образования; 35 - уровень культуры; 36 - система взаимоотношений между людьми, в том числе в семье, с друзьями, ближайшим окружением, сослуживцами, помощь членов общества друг другу в неблагоприятных ситуациях; 37 - медицинское обслуживание – деятельность органов и учреждений здравоохранения, и их значимость по 10-балльной шкале.

Одной из достаточно значимых детерминант – «имеет важное значение» - оказалось «Медицинское обслуживание - деятельность органов и учреждений здравоохранения» - 6,00±0,10 балла, по мнению организаторов здравоохранения, и 6,43±0,12 балла – не медицинских работников ( $p \leq 0,05$ ).

Установлены 23 сектора, которые, как считали организаторы здравоохранения, должны принимать участие в охране здоровья населения. Один из основных (всего их 13) - сектор «Здравоохранение». При этом по значимости данный сектор занимает первое ранговое место - 9,58±0,10 балла. На втором месте администрация территории (аппарат главы администрации) – 7,37±0,08 балла ( $p \leq 0,05$ ). Удельный вес деятельности каждого из этих секторов в основном соответствует оцениваемой значимости - 18,42±2,32 и 10,12±1,81% соответственно. По мнению всех респондентов, сектор «Здравоохранение» в связи со специальной профессиональной подготовленностью медиков при решении вопросов охраны здоровья населения должен играть доминирующую роль – осуществлять направляющую и координирующую функции.

Организаторы здравоохранения оценили силу связи между основными тринадцатью заинтересованными секторами при осуществлении ими работы по охране здоровья населения (рис. 1).



— — — — — - Значимость связи 2,50 - 4,99 балла (связь есть)  
 ————— - Значимость связи 5,00 - 7,49 балла (сильная связь)

Рис. 1. Сила связи сектора «Здравоохранение» с другими секторами

При этом наиболее существенная сила связи здравоохранения (по 10-балльной шкале) отмечается (по мере убывания приоритета) с секторами: «Администрация территории (аппарат главы администрации)»; «Средства массовой информации и печати»; «Депутаты думы территории» и «Сфера социального развития» - 7,48-6,04 балла.

Степень воздействия сектора «Здравоохранение» на детерминанты здоровья отражена на рис. 2.

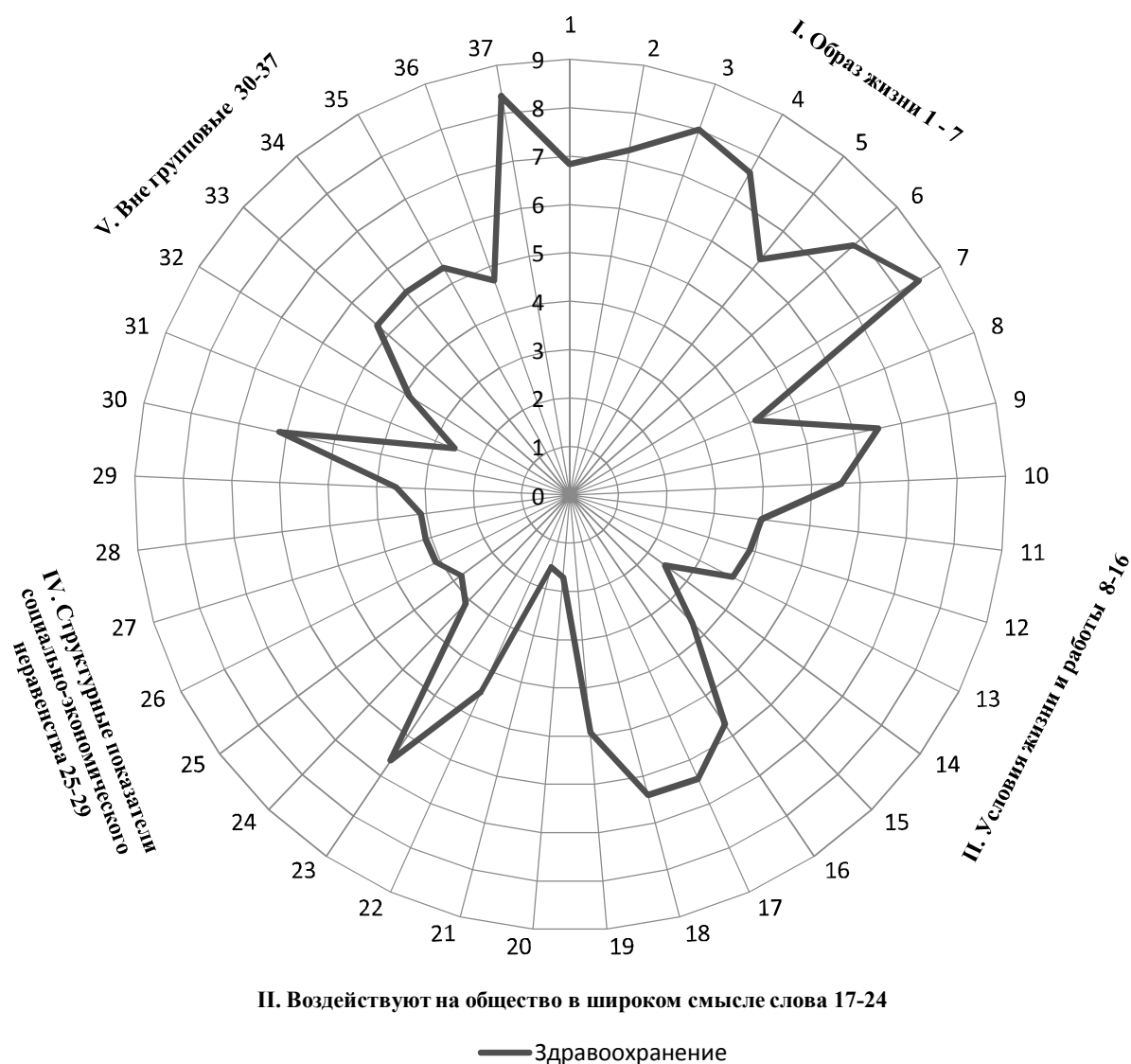


Рис. 2. Влияние сектора «Здравоохранение» на детерминанты здоровья (1-37 – детерминанты здоровья, см. по тексту)

Видно, что наибольшее влияние сектора «Здравоохранение» отмечается в отношении таких детерминант, как «Медицинская активность», «Медицинское обслуживание –

деятельность органов и учреждений здравоохранения», «Курение», «Употребление наркотиков» (8,46-7,80 балла). В то же время есть детерминанты, на которые данный сектор практически не влияет. Это «Пол», «Возраст», «Климат», «Погода».

Экспертами установлены 38 информативных векторов оценки успешности работы по охране здоровья населения. Они характеризуют деятельность заинтересованных секторов. 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. Этот методический подход позволил разделить сформированные информативные векторы на простые – их 21 (каждый представляет собой один информативный критерий) и сложные (17), состоящие из ряда информативных критериев (от 3 до 12). В свою очередь каждый вектор и критерий имеет градацию - высокий, средний и низкий уровни.

С помощью части этих векторов можно оценить успешность реализации мер медицинского характера. Один из сложных векторов – «Обеспечение всеобщего доступа к медицинской помощи». Он описывается 8 информативными критериями, и каждый имеет градацию (таблица).

**Обеспечение всеобщего доступа к медицинской помощи: информативные критерии и их градация**

<b>№ п/п</b>	<b>Информативный критерий</b>	<b>Градация (1 - высокий, 2 – средний, 3 – низкий уровни)</b>
1	Реализация принципов профилактики болезней и укрепления здоровья при функционировании системы оказания медицинской помощи населению	1. Система оказания медицинской помощи основана на принципах профилактики болезней и укрепления здоровья. 2. Система оказания медицинской помощи функционирует, но принципы профилактики болезней и укрепления здоровья реализуются не всегда. 3. Не соответствует требованиям п. 2
2	Обеспечение принципов справедливости и всеобщего охвата медицинской помощью	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. 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 статуса или места жительства. 3. Не соответствует требованиям п. 2

№ п/п	Информативный критерий	Градация (1 - высокий, 2 – средний, 3 – низкий уровни)
3	Оснащение медицинских организаций современной медицинской техникой и оборудованием	<p>1. Медицинские организации оснащены современной медицинской техникой и оборудованием, в их практику целенаправленно внедряются высокотехнологичные методы диагностики и лечения.</p> <p>2. Не все медицинские организации оснащены современной медицинской техникой и оборудованием.</p> <p>3. Не соответствует требованиям п. 2</p>
4	Проведение диспансеризации населения	<p>1. Систематически проводится массовая диспансеризация населения, прежде всего детей, молодежи и пожилых.</p> <p>2. Массовая диспансеризация населения, прежде всего детей, молодежи и пожилых, носит эпизодический характер.</p> <p>3. Не соответствует требованиям п. 2</p>
5	Закупка сертифицированных лекарственных средств	<p>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.</p> <p>2. Функционирует система закупок сертифицированных лекарственных средств, но без упорядоченного формирования цен. Контроль качества лекарственного обеспечения осуществляется, но не носит системный характер</p> <p>3. Не соответствует требованиям п. 2</p>
6	Качество предоставляемой населению медицинской помощи	<p>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.</p> <p>2. Оказываемая медицинская помощь по своему уровню и объёму соответствует возможностям конкретных медицинских учреждений, но не во всех случаях соответствует общепринятым современным представлениям.</p> <p>3. Не соответствует требованиям п. 2</p>
7	Экспертиза качества предоставляемой населению медицинской помощи	<p>1. Эффективно функционируют внутри- и вневедомственная системы экспертизы качества предоставляемой населению медицинской помощи.</p> <p>2. Контроль качества предоставляемой населению медицинской помощи осуществляется, но не всегда носит системный характер.</p> <p>3. Не соответствует требованиям п. 2</p>
8	Совершенствование медицинской помощи населению	<p>1. Осуществляется поэтапное совершенствование системы медицинской помощи населению с акцентом на больных с сосудистыми и онкологическими заболеваниями, пострадавших при дорожно-</p>

№ п/п	Информативный критерий	Градация (1 - высокий, 2 – средний, 3 – низкий уровни)
		транспортных происшествиях, службе крови. 2. Оказание медицинской помощи населению совершенствуется, но этот процесс не носит поэтапный целенаправленный системный характер. 3. Не соответствует требованиям п. 2

Предложен ещё ряд сложных векторов, отдельные информативные критерии которых также характеризуют осуществление мер медицинского характера. Например, в векторе «Укрепление репродуктивного здоровья населения и рост рождаемости» (здесь 10 информативных критериев) - это «Осуществление медицинской профилактики и охраны репродуктивного здоровья женщин и мужчин»; в векторе «Обеспечение раннего развития детей и подростков» (9 критериев) - «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» и т.п. Соответственно обоснована градация каждого такого критерия.

Кроме того, такой сложный вектор, как «Состояние здоровья населения», включает четыре информативных критерия: «Медико-демографические процессы», «Заболеваемость», «Инвалидность», «Физическое развитие». Их градация предполагает проведение соответствующего объективного анализа. Его качество также характеризует деятельность медицинских работников.

Эксперты предложили и простые векторы, несущие аналогичную смысловую нагрузку, например «Проведение иммунизации населения» и др.

### **Обсуждение**

В основе решения проблемы охраны здоровья населения лежит внедрение так называемой социальной модели, которая предполагает формирование согласованной политики деятельности всех секторов общества, основанной на детерминантах здоровья – факторах, влияющих на него.

Анализ литературы свидетельствует о том, что исследованию детерминант здоровья посвящено достаточно большое число публикаций. В то же время, как правило, рассматривались отдельные группы детерминант, не определялась их значимость. Так, например, классическими признаны работы Ю.П. Лисицына [3], который доказал приоритет влияния на состояние здоровья факторов образа жизни (60%), а также наследственности (15%), загрязнения окружающей среды (15%), работы органов и учреждений здравоохранения (10%). С другой стороны, в тех случаях, когда человек получает лечение в какой-либо медицинской организации, состояние его здоровья, исход заболевания уже во



многим зависят от медицинского обслуживания. В [7; 10] рассматривались детерминанты, принадлежащие, по мнению авторов, к другим группам. В настоящем исследовании определён достаточно полный перечень из 37 детерминант здоровья (как групповых, так и внегрупповых), установлена их значимость. Как же и кто же должен воздействовать на них в системе охраны здоровья населения?

Необходимо обратиться к так называемому межсекторальному взаимодействию или содействию (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), принципиальные положения которого рассматриваются в работах [8; 9]. Вместе с тем не установлены перечень и значимость соответствующей деятельности заинтересованных секторов. Полученные данные свидетельствуют о том, что в решении рассматриваемой проблемы должны принимать участие 23 заинтересованных сектора (из них 13 – основные). При этом сектору «Здравоохранение» принадлежат доминирующая роль, направляющая и координирующая функции, так как именно медики к этому целенаправленно готовятся как в учебных заведениях, так и в процессе практической деятельности

В соответствии с Федеральным законом РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. N323-ФЗ охрана здоровья граждан - система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, осуществляемых органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, 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. Результаты проведённой работы подтвердили высокую значимость мер медицинского характера в системе охраны здоровья населения.

Анализ литературы свидетельствует о том, что при широкой декларации межсекторального взаимодействия по вопросам охраны здоровья населения взаимодействие как таковое исследовалось недостаточно. В представленной работе показана связь сектора «Здравоохранение» с другими 12 основными секторами.

Установлено влияние сектора «Здравоохранение» на каждую детерминанту здоровья. Описание влияния других секторов представлено в [2]. Полученные данные могут быть использованы для решения практических задач по формированию специальных программ, направленных на охрану здоровья населения.

Известно, что оптимизация любого процесса, в том числе охраны здоровья населения, возможна на основе его предварительной оценки [1; 4]. Эта оценка осуществляется с использованием информативных показателей (векторов, критериев) и их градации, которые для мер медицинского характера и были установлены.

### **Заключение**

Результаты проведённого исследования могут быть реализованы при осуществлении работы по охране здоровья населения.

### **Список литературы**

1. Коршевер Н.Г., Гречишников А.В. Оптимизация медицинского обслуживания населения муниципального района. – Саратов : Саратовский военно-медицинский институт, 2010. – 172 с.
2. Коршевер Н.Г., Сидельников С.А. Охрана здоровья населения: заинтересованные секторы и детерминанты // Общественное здоровье и здравоохранение. - 2015. - № 3. – С. 58-62.
3. Лисицын Ю.П. Здоровый образ жизни. История и современность. – М. : НИИ истории медицины РАМН, 2012. – 136 с.
4. Работа по охране здоровья военнослужащих: многокритериальная оценка и оптимизация / В.А. Решетников, Н.Г. Коршевер, А.Н. Гуров, С.В. Полковов, В.В. Сафронов, И.М. Водяненко. – Саратов : Изд-во Саратовского медицинского университета, 1999. – 160 с.
5. 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.
6. Скворцова В.И. Выступление на расширенном заседании Коллегии Минздрава России (20 апреля 2016 г.). [Электронный ресурс]. - URL: <https://www.rosminzdrav.ru/news/2016/04/20/2903-vystuplenie-ministra-veroniki-skvortsovoy-na-rasshirennom-zasedanii-kollegii-minzdrava-rossii> (дата обращения: 22.06.2016).
7. Bartley M. Health and the life course: why safety nets matter // Br. Med. J. - 1997. - № 314. - P. 1194-1196.
8. The Bangkok Charter for health promotion in the globalized world. - 2005 [Электронный ресурс]. - URL: [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP\\_Russian%20version.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_Russian%20version.pdf) (дата обращения: 22.06.2016).
9. The Ottawa Charter for health promotion. 1986 [Электронный ресурс]. - URL:

[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/146808/Ottawa\\_Charter\\_R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/146808/Ottawa_Charter_R.pdf) (дата обращения: 22.06.2016).

10. Whitehead M., Dahlgren G. What can we do about inequalities in health? // Lancet. - 1991. - № 338. - P. 1059-1063.