

УДК 614.2:312 (045)

ПРЕИМУЩЕСТВА МЕЖСЕКТОРАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПО ВОПРОСАМ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Сидельников С.А.¹, Коршевер Н. Г.¹

¹ГБОУ 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 проведение сравнительного анализа традиционной системы охраны здоровья населения и межсекторального взаимодействия в этой области. Проведено анонимное анкетирование 119 врачей - организаторов здравоохранения г. Саратова и Саратовской области. Установлены преимущества межсекторального взаимодействия над традиционной системой, в основном представленной медицинскими силами и средствами, касающиеся как организации охраны здоровья населения, так и непосредственных направлений её практического осуществления. Несмотря на это, реализация межсекторального взаимодействия недостаточная. Определены возможные причины такого положения. Результаты проведённого исследования могут быть использованы в процессе профессиональной подготовки заинтересованных исполнителей и в практической деятельности по охране здоровья населения.

Ключевые слова: охрана здоровья, межсекторальное взаимодействие.

ADVANTAGES OF INTERSECTORAL COOPERATION IN THE SPHERE OF PUBLIC HEALTH CARE

Sidelnikov S.A.¹, Korshever N.G.¹

¹Saratov 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. The aim of the work has been to carry out a comparative analysis between the traditional system of public health care and intersectoral cooperation in this sphere. There has been carried out an anonymous questioning of 119 physicians-health care organizers in the city of Saratov and Saratov region. There have been established advantages of intersectoral cooperation as compared to the traditional system, represented mainly by medical forces and means, these advantages concerning both public health care organization and straight directions of its practical performance. However, realization of intersectoral cooperation seems to be insufficient. There have been determined possible causes of such a situation. The results of the carried out investigation may be used in the process of professional training of the engaged specialists as well as in the practical activities regarding public health care.

Keywords: public health care, intersectoral cooperation.

В настоящее время Всемирной организацией здравоохранения важнейшее значение в деле охраны здоровья населения придаётся так называемому межсекторальному взаимодействию или сотрудничеству. Это признаётся и в нашей стране. Так, в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» 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. К сожалению, реализация такого межсекторального взаимодействия, несмотря на правовое признание, зачастую носит декларативный характер, так как по-прежнему превалирует традиционная система, когда за состояние здоровья населения в основном отвечают медицинские работники.

Цель работы заключается в проведении сравнительного анализа традиционной системы охраны здоровья населения и межсекторального взаимодействия в этой области.

Материалы и методы

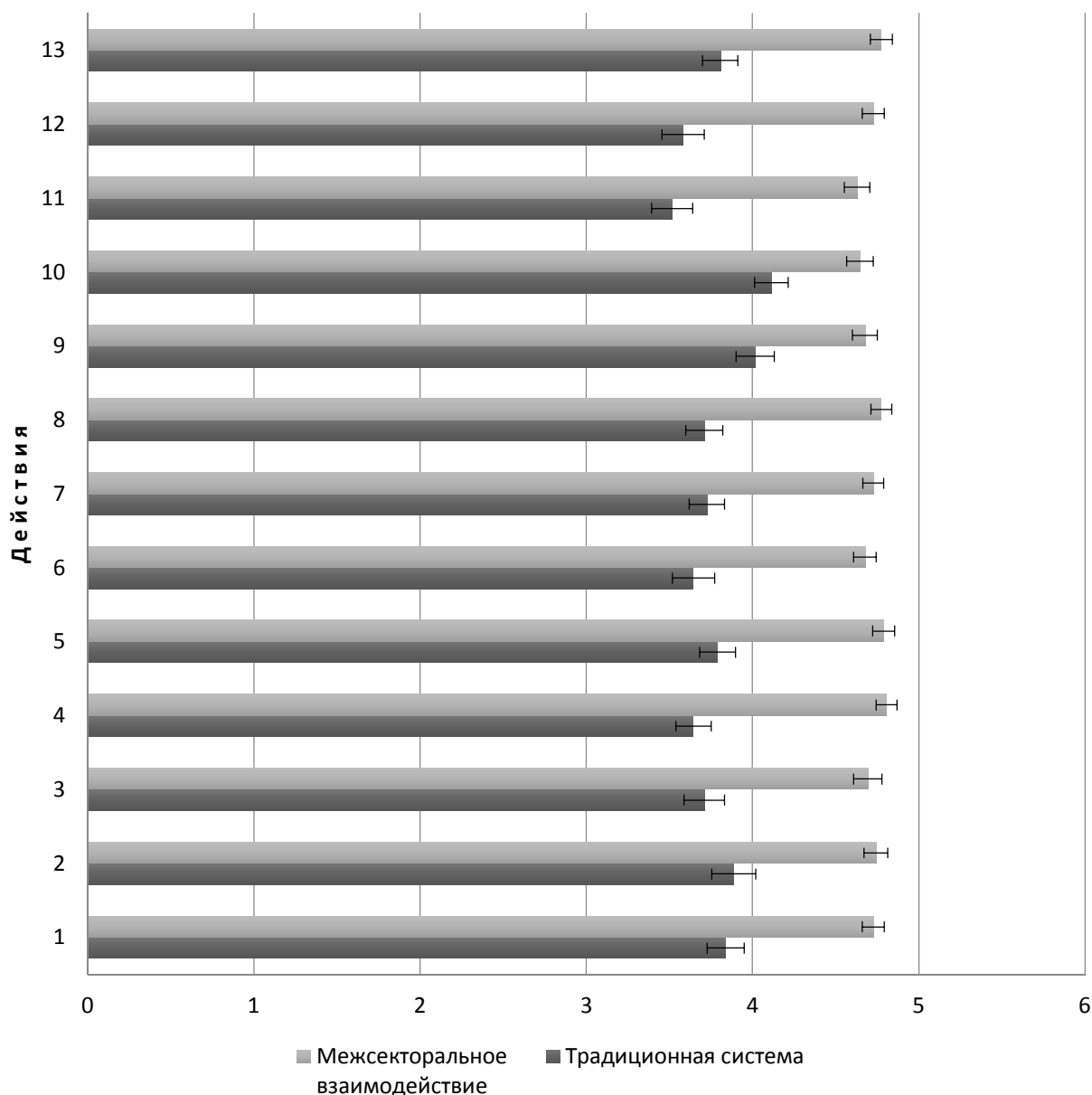
Проведено анонимное анкетирование 119 врачей - организаторов здравоохранения г. Саратова и Саратовской области. Опыт их работы по охране здоровья населения составил: 11,3% - 5-10 лет; 25,8% - 11-20 лет; 62,9% - более 20 лет. Опрошенные занимали должности главных врачей (начальников) медицинских организаций - 13%, их заместителей – 39%, заведующих (начальников) структурных подразделений – 20%. Остальные исполняли другие обязанности в качестве специалистов в области управления здравоохранением, в том числе 12% - в органах управления здравоохранением. Одним из критериев отбора респондентов послужила их компетентность, в частности совокупный коэффициент компетентности (средняя величина самооценки уровня теоретических знаний, практических навыков и способности к прогнозированию в области своей профессиональной деятельности) - не менее 4 баллов по привычной 5-балльной шкале, что, наряду с достаточным практическим опытом работы, даёт право считать их экспертами [3].

Оценка характеристик функционирования систем охраны здоровья населения осуществлялась по привычной 5-балльной шкале.

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

Результаты

Сравнительный анализ традиционной системы охраны здоровья населения и межсекторального взаимодействия осуществлялся в два этапа. На первом исследовались организационные характеристики (рис. 1).



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.

Рис. 1. Сравнительный анализ организационных характеристик охраны здоровья населения (оценка по 5-балльной шкале)

По всем 13 параметрам организации охраны здоровья населения статистически достоверно ($p \leq 0,05$) приоритет принадлежит системе межсекторального взаимодействия, уровень всех оценок которого – «хороший» (при этом у традиционной системы – только «удовлетворительный» уровень, за исключением № 9 - учёта выполнения мероприятий, в том числе в специальных документах - 4.0 ± 0.1 , но против 4.7 ± 0.1 соответственно).

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); 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); 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); 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. 2.

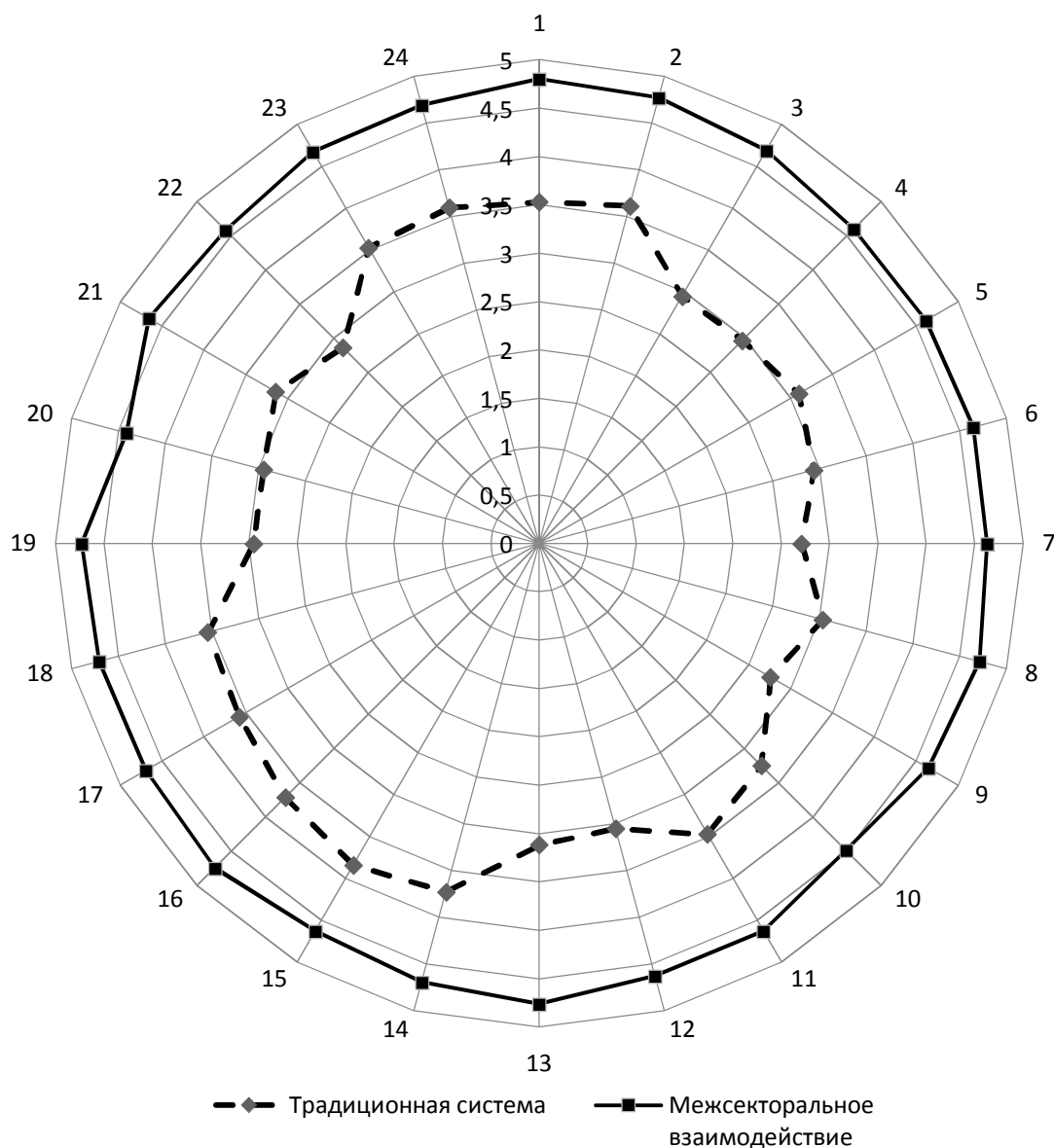


Рис. 2. Сравнительный анализ направлений практического осуществления охраны здоровья населения (оценка по 5-балльной шкале)

Здесь 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).

Представляло интерес установить, как в настоящее время реализуется система межсекторального взаимодействия по вопросам охраны здоровья населения (табл. 1)

Таблица 1

Реализация системы межсекторального взаимодействия по вопросам охраны здоровья населения

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

Из данных, представленных в табл. 1, следует, что незначительная часть опытных врачей-организаторов 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.

По данным только 6,5±2,3% организаторов здравоохранения, ничто не мешает реализации системы межсекторального взаимодействия по вопросам охраны здоровья населения. Определены возможные причины, мешающие такой реализации (табл. 2).

Таблица 2

Возможные причины, мешающие реализации системы межсекторального взаимодействия по вопросам охраны здоровья населения (% ответов)

Причины	% ответов
Отсутствие соответствующей мотивации исполнителей в заинтересованных структурах	67,7±4,3
Недостаточная научная разработка вопросов межсекторального взаимодействия по вопросам охраны здоровья населения	35,5±4,4
Нехватка необходимых материальных средств (недостаточное финансирование и т.п.)	77,4±3,8
Недостаточная разработка соответствующего нормативного правового поля	38,7±4,5
Недостаточная профессиональная подготовка исполнителей в заинтересованных структурах	54,8±4,6
Низкий уровень планирования мероприятий по охране здоровья населения (планов, программ и т.п.)	35,5±4,4
Низкий уровень медицинской активности населения	46,8±4,6

Причины	% ответов
Отсутствие необходимой объективной информации о состоянии здоровья населения	41,9±4,5
Отсутствие необходимого мониторинга состояния работы по охране здоровья населения в заинтересованных структурах	24,19±3,93
Неспособность отдельных руководителей заинтересованных структур принимать решения на организацию такого межсекторального взаимодействия	51,6±4,6
Другое	1,6±1,2

Видно, что в качестве основных причин признаны: нехватка необходимых материальных средств (1-е ранговое место); отсутствие соответствующей мотивации исполнителей в заинтересованных структурах (2-е ранговое место); недостаточная профессиональная подготовка исполнителей и неспособность отдельных руководителей заинтересованных структур принимать решения на организацию такого межсекторального взаимодействия (3-4-е ранговые места).

Обсуждение

В последние годы разработаны принципиальные положения и критериально-диагностический аппарат межсекторального взаимодействия по вопросам охраны здоровья населения [1; 2; 4; 6; 7-10]. Вместе с тем исследований, которые были бы посвящены сравнительной характеристике его и традиционной системы, не выявлено.

Проведённый сравнительный анализ традиционной системы охраны здоровья, в основном представленной медицинскими силами и средствами, и межсекторального взаимодействия, под которым понимается общепризнанная взаимосвязь между частью или частями различных слоёв или секторов государства и общества, которая установлена для принятия мер, осуществления действий по тому или иному вопросу или проблеме (в данном случае охраны здоровья населения), позволил продемонстрировать статистически достоверные преимущества последней. Эти преимущества касаются как организации охраны здоровья населения, так и непосредственных направлений её практического осуществления. Аналогичные перечни характеристик использовались для анализа и ранее, однако только в отношении межсекторального взаимодействия [5].

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

Заключение

Результаты проведённого исследования могут быть использованы в процессе

профессиональной подготовки заинтересованных исполнителей и в практической деятельности по охране здоровья населения.

Список литературы

1. Аделаидское заявление «Учет интересов здоровья во всех направлениях политики» / ВОЗ. - Женева, 2010. – 4 с.
2. Амлаев К.Р., Муравьева В.Н. Межсекторальная технология охраны и укрепления здоровья работающего населения г. Ставрополя. - Ставрополь, 2006 [Электронный ресурс]. - URL: <http://www.zor-da.ru/muz/metodicheskie-materialy/mezhsektoralnaya-tekhnologiya-okhrany-i-ukrepleniya-zdorovya-rabotayuschego-naseleniya/> (дата обращения: 04.06.2016).
3. Бешелев С.Д., Гурвич Ф.Г. Математико-статистические методы экспертных оценок. - М. : Статистика, 1976. – 116 с.
4. Коршевер Н.Г., Гречишников А.В. Оптимизация медицинского обслуживания населения муниципального района. – Саратов : Саратовский военно-медицинский институт, 2010. – 172 с.
5. Коршевер Н.Г., Сидельников С.А. Межсекторальное взаимодействие по вопросам охраны здоровья населения // Здравоохранение Российской Федерации. – 2013. - № 4. – С. 7-10.
6. Коршевер Н.Г., Сидельников С.А. Межсекторальное взаимодействие по вопросам охраны здоровья населения: исследование, оценка, оптимизация. – Саратов : Изд-во СГМУ, 2013. – 181 с.
7. Коршевер Н.Г., Сидельников С.А. Охрана здоровья населения: заинтересованные секторы и детерминанты // Общественное здоровье и здравоохранение. - 2015. - № 3. – С. 58-62.
8. 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.
9. 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 (дата обращения: 04.06.2016).
10. 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.