

Коршевер Н.Г.<sup>1</sup>, Сидельников С.А.<sup>1</sup>, Липчанская М.А.<sup>2</sup>

## Научное обоснование совершенствования законодательства, регулирующего межсекторальное взаимодействие по охране здоровья граждан

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Минздрава России, 410012, Саратов, Россия;

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Государственный университет управления» Минобрнауки России, 109542, Москва, Россия

**Введение.** Реализация актуального подхода к решению проблемы охраны здоровья населения путём взаимодействия заинтересованных секторов государства и общества в значительной степени носит фрагментарный и декларативный характер, его содержание недостаточно научно обосновано и не нашло должного отражения в законодательных актах.

**Цель исследования** – научное обоснование и формулирование предложений по совершенствованию законодательства, регулирующего межсекторальное взаимодействие по охране здоровья граждан.

**Материал и методы.** Проведён анализ научной литературы, действующего федерального и регионального законодательства в части регламентации форм и методов охраны здоровья граждан. На модели субъекта Российской Федерации (Саратовской области) исследованы реализация социально-экономических возможностей в медико-социальных программах; здоровьесберегающая деятельность законодательных и исполнительных органов государственной власти, Межведомственных координационных советов, управления Роспотребнадзора, центра медицинской профилактики; состояние здоровья и образ жизни населения; организация профилактики в 92 медицинских организациях; результаты анонимного анкетирования более 10 тыс. человек (населения, руководителей здравоохранения, экспертов). Полученные материалы использованы для обоснования предложений по изменению законодательства, регулирующего охрану здоровья граждан.

**Результаты.** Разработана и апробирована технология межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения, которая базируется на целенаправленном воздействии установленных 23 заинтересованных секторов как на детерминанты здоровья (их определено 37), так и на 38 простых и сложных информативных векторов автоматизированной оценки успешности здоровьесберегающей деятельности, а также других результатах исследования. Содержание технологии позволило сформулировать предложения по изменению законодательства в сфере охраны здоровья граждан, в частности её дефиниции, принципов, организации, оценки и контроля.

**Вывод.** Результаты исследования дали возможность научно обосновать объективную необходимость внесения изменений в действующее законодательство в сфере охраны здоровья граждан и сформулировать предложения по его совершенствованию.

**Ключевые слова:** охрана здоровья; межсекторальное взаимодействие; законодательство; принципы; цифровизация; полномочия

**Для цитирования:** Коршевер Н.Г., Сидельников С.А., Липчанская М.А. Научное обоснование совершенствования законодательства, регулирующего межсекторальное взаимодействие по охране здоровья граждан. *Здравоохранение Российской Федерации.* 2021; 65(2): 151-158.  
<https://doi.org/10.47470/0044-197X-2021-65-2-151-158>

**Для корреспонденции:** Коршевер Натан Григорьевич, доктор мед. наук, профессор, профессор каф. общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины) ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Минздрава России, 410012, Саратов. E-mail: [korshever@bk.ru](mailto:korshever@bk.ru)

**Участие авторов:** Коршевер Н.Г., Сидельников С.А. – концепция и дизайн исследования, сбор и обработка материала, статистический анализ, написание текста, редактирование; Липчанская М.А. – концепция и дизайн исследования, написание текста, редактирование. *Все соавторы* – утверждение окончательного варианта статьи, ответственность за целостность всех частей статьи.

**Финансирование.** Работа выполнялась в рамках инициативного плана НИР без финансовой поддержки.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Поступила 01.03.2020

Принята в печать 07.04.2020

Опубликована 11.05.2021

Nathan G. Korshever<sup>1</sup>, Sergei A. Sidelnikov<sup>1</sup>, Maria A. Lipchanskaya<sup>2</sup>

## A scientific rationale for making changes to the law that governs cross-sectoral collaboration on the issues of public health

<sup>1</sup>V.I. Razumovsky Saratov State Medical University named after Saratov, 410012, Russian Federation;

<sup>2</sup>State University of Management, Moscow, 109542, Russian Federation

**Introduction.** Interaction between different government sectors and society on the issues of public health and health promotion is not often sustainable. It has mostly a piecemeal and declarative approach. The aspects of this interaction are both not scientifically founded and adequately fixed in the legislation

**The aim of the study** is to establish scientific rationale and to develop proposals for changes to the law that governs cross-sectoral collaboration on the issues of public health.

**Material and methods.** A review and analysis of scientific literature and current federal and regional laws that govern healthcare industry tools and strategies were conducted. The study was undertaken in the Saratov region, which is a constituent entity of the Russian Federation, to study the following aspects of health care industry in the region: socioeconomic impact of the region on medical and social programs; health promotion activities of legislative and executive branches of the government, cross-sectoral Coordinating Councils, the department of Rospotrebnadzor (Federal Service for Consumer Rights Protection and Human Welfare), and the Center for Medical Preventive Measures. Health status and life style, preventive medical measures at 92 organizations, the results of anonymous questionnaire survey of more than 10,000 respondents (general public, healthcare industry officials, experts) were also analyzed. The obtained results have provided the underlying rationale for proposing changes to the legislation managing public health.

**Results.** Technique for optimization of cross-sectoral collaboration for assessment of health promotion activities has been developed and tested. This technique is based on the impact of 23 identified sectors on both the determinants of health (37 of them were established) and the simple and complex informative vectors of computer-controlled system of assessment of health promotion activities and other results of the study. The technique was instrumental in proposing changes to the law, which governs the issues of public health. The changes proposed concern the determination of health promotion, its guidelines, organizational principles, assessment, and quality control.

**Conclusion.** The study results provide the authors with the possibility to scientifically substantiate the necessity in making changes to the current legislation managing public health and developing improvement proposals.

**Keywords:** public health; cross-sectoral collaboration; law; principles; digitalization; powers

**For citation:** Korshever N.G., Sidelnikov S.A., Lipchanskaya M.A. A scientific rationale for making changes to the law that governs cross-sectoral collaboration on the issues of public health. *Zdravookhranenie Rossiiskoi Federatsii (Health Care of the Russian Federation, Russian journal)*. 2021; 65(2): 151-158. (In Russ.). <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2021-65-2-151-158>

**For correspondence:** Nathan G. Korshever, Professor, MD, PhD, DSc (Medicine), Department of Public Health and Health Care (Law and History of Medicine courses including) of Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky, Saratov, 410012, Russian Federation. E-mail: [korshever@bk.ru](mailto:korshever@bk.ru)

**Information about the authors:**

Korshever N.G., <https://orcid.org/0000-0002-5545-6844>; Sidelnikov S.A., <https://orcid.org/0000-0002-9913-5364>  
Lipchanskaya M.A., <https://orcid.org/0000-0002-4410-0578>

**Contribution of the authors:** *Korshever N.G., Sidelnikov S.A.* – the concept and design of the study, the collection and processing of the material, statistical analysis, writing the text, editing; *Lipchanskaya M.A.* – the concept and design of the study, writing the text, editing. *All co-authors* – approval of the final version of the article, responsibility for the integrity of all parts of the article.

**Acknowledgments.** It is an independent study attached to the research plan. The authors received no financial support for the research.

**Conflict of interest.** The authors have no conflict of interest to declare.

Received: March 01, 2020

Accepted: April 07, 2020

Published: May 11, 2021

## Введение

В посланиях Федеральному собранию (2018–2020 гг.) Президент России отмечал, что сбережение народа России и благополучие наших граждан лежит в основе всего, и именно здесь нужно совершить решительный прорыв. Это нашло отражение в Указе Президента РФ от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года», 12 национальных проектах и имеет непосредственное отношение к важнейшей для любого государства проблеме охраны здоровья населения. В соответствии с международными стандартами охраны здоровья базисом решения этой проблемы является межсекторальное взаимодействие (общепризнанная взаимосвязь между частью или частями различных слоев или секторов государства и общества, которая установлена для принятия мер, осуществления действий по тому или иному вопросу или проблеме) [1–10]. Вместе с тем практическая реализация такого межсекторального взаимодействия в значительной степени носит фрагментарный и декларативный характер, его содержание недостаточно научно обосновано и не нашло пока соответствующего отражения в законодательных актах.

Так, в Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее ФЗ-323) в дефиниции понятия «Охрана здоровья граждан» (далее охрана здоровья) правовая конструкция «межсекторальное взаимодействие» отсутствует, хотя таковое подразумевается, и, самое главное, его содержание, организация и направления осуществления должным образом не представлены ни в одной из последующих глав этого важнейшего законодательного акта. В основном регламентируется деятельность сектора «Здравоохранение». Вместе с тем общеизвестно, что здоровье населения зависит от деятельности этого сектора не более чем на 10–15%. Кроме того, за годы, прошедшие после выхода ФЗ-323, в стране произошли существенные социально-экономические преобразования, в том числе реализуются преимущества цифровых технологий.

Перечисленные обстоятельства обусловили цель исследования, которая заключается в научном обосновании и формулировании предложений по совершенствованию законодательства, регулирующего межсекторальное взаимодействие по охране здоровья граждан.

## Материал и методы

Проведён анализ научной литературы, действующего федерального и регионального законодательства в части регламентации форм и методов охраны здоровья граждан.

На модели субъекта РФ (Саратовской области) исследованы:

- реализация социально-экономических возможностей в медико-социальных программах;
- здоровьесберегающая деятельность законодательных и исполнительных органов государственной власти, Межведомственных координационных советов, управления Роспотребнадзора, центра медицинской профилактики;
- состояние здоровья и образ жизни населения;
- результаты анонимного анкетирования более 10 тыс. человек – населения, руководителей здравоохранения, экспертов.

Проанализирована организация профилактической работы в 92 медицинских организациях.

Результаты исследования, в частности технология оптимизации межсекторального взаимодействия, апробированы в рамках организационного эксперимента.

В качестве методологической базы работы послужили положения теорий систем, управления, принятия решений и графов, которые определили методы исследования, в частности нормативно-правового мониторинга, контент-анализа служебной и медицинской документации, социологического, статистического, программирования, организационного эксперимента.

Полученные материалы использованы для обоснования предложений по изменению законодательства, регулирующего охрану здоровья граждан.

## Результаты

Признанный практически во всём мире приоритет межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения ранее в научных исследованиях предметно не подтверждался. Впервые по 13 показателям организации и 24 направлениям практического осуществления охраны здоровья был проведён сравнительный анализ традиционного подхода, который реализуют в основном медицинские работники, и межсекторального взаимодействия. Установлены аналитически обоснованные и статистически достоверные преимущества последнего, что отражено в форме конкретных предложений по совершенствованию действующего законодательства в сфере охраны здоровья граждан.

Предлагается представить в главе 1 «Общие положения» ФЗ-323 в статье 2 «Основные понятия, используемые в настоящем Федеральном законе» п. 2 дефиницию охраны здоровья в новой редакции: «Охрана здоровья граждан – система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, осуществляемых путём взаимодействия заинтересованных секторов государства и общества (межсекторального взаимодействия), в частности органов государственной власти РФ, органов государственной власти субъектов РФ, органов местного самоуправления, организаций, их должностных лиц и иных лиц, граждан в целях профилактики заболеваний,

сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи».

Это чрезвычайно важное дополнение к определению охраны здоровья, которое объективно потребует приведения в соответствие с ним многих положений ФЗ-323.

В ходе дальнейшего исследования были получены материалы, подтверждающие, что функционирующая в настоящее время в муниципальных образованиях, субъектах РФ и в целом по стране система межсекторального взаимодействия по охране здоровья не отвечает требованиям повседневной практики и поэтому в достаточной мере не осуществляется. Так, анализ состояния среды обитания населения свидетельствует о том, что на фоне в целом положительной динамики основных показателей социально-экономического развития имеется совокупность явлений и факторов, которые, с одной стороны, существенно затрудняют реализацию проектов и программ по охране здоровья населения. С другой стороны, они отражаются на состоянии здоровья граждан – отмечаются относительно низкая рождаемость и высокая смертность, отрицательный естественный прирост, высокие уровни заболеваемости и инвалидности. Имеются и негативные характеристики образа жизни населения.

Выявлены существенные недостатки в организации профилактики (в ФЗ-323 указано, что её приоритет – один из основных принципов охраны здоровья), в том числе в медицинских организациях, – первичной, вторичной и третичной, деятельности соответствующих кабинетов и отделений. При этом установлен только удовлетворительный уровень показателей, а по ряду позиций – неудовлетворительный.

Определены проблемные зоны в предоставлении руководителями здравоохранения информационных ресурсов для осуществления охраны здоровья – на фоне низкого уровня знаний и навыков по медицинской статистике и доказательной медицине зафиксированы недостаточный уровень позитивной мотивации на применение соответствующих методов и необъективность. Кроме того, установлено, что в образовательных стандартах по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» и разрабатываемых на их базе учебно-методических материалах вопросы охраны здоровья, конечно, представлены, но межсекторального взаимодействия не касаются. Соответствующая профессиональная подготовка ответственных представителей от заинтересованных секторов не организована.

Для обеспечения эффективного управления охраной здоровья, в частности реализации его классической базовой функции – координации, т.е. согласованных действий (взаимодействия) заинтересованных в охране здоровья секторов, а также формирования предложений по осуществлению и совершенствованию этого процесса как в нашем государстве, так и за рубежом (например, в Республиках Казахстан, Беларусь) создаются межведомственные координационные советы. Это постоянно действующие совещательно-консультативные и (или) совещательно-рекомендательные органы при органах публичной власти различного уровня. Их иерархическая структура разнообразна. Например, может быть совет только на региональном



уровне либо и на уровне субъекта РФ, и на муниципальном уровне. С другой стороны, на уровне региона может быть несколько советов в зависимости от приоритетных направлений деятельности. Естественно, отличаются и названия советов (иногда их называют центрами), например: по демографической политике, формированию здорового образа жизни (оба в Саратовской области), в сфере охраны здоровья граждан (в Ульяновской области), по вопросам охраны здоровья горожан (Казань), профилактике сердечно-сосудистых и хронических неинфекционных заболеваний (Барнаул), охране здоровья детей (Санкт-Петербург) и др.

Не соответствует сути межсекторального взаимодействия использование в названии термина «межведомственный», т.к. в состав таких советов, как правило, входят представители и различных общественных организаций. Правильнее – «межсекторальный».

Системный анализ показал, что в деятельности указанных советов принимают участие далеко не все заинтересованные в охране здоровья структуры, охватывается узкий круг вопросов, не учитываются научные положения межсекторального взаимодействия, проводимые мероприятия не носят целенаправленного характера.

Аналогичное положение и с осуществлением государственных программ, имеющих отношение к охране здоровья, – как правило, они носят ведомственный характер, количество ключевых партнеров ограничено.

Результаты проведенного исследования позволили обосновать принципы организации, осуществления и оптимизации рассматриваемого межсекторального взаимодействия. Ими можно дополнить главу 2 «Основные принципы охраны здоровья» ФЗ-323, в частности, статью 4 (с таким же названием), в которой представлены общие принципы, в значительной степени имеющие отношение к оказанию медицинской помощи. Тогда данная глава пополнится основными правилами – принципами, напрямую связанными с рассматриваемым межсекторальным взаимодействием:

1) получение своевременной, объективной и полной информации о состоянии среды обитания, здоровья граждан, территориальных особенностях детерминант здоровья и секторов, заинтересованных в его охране, проблемах;

2) обеспечение справедливости в отношении охраны здоровья, учёт особенностей состояния и охраны здоровья различных категорий граждан – жителей сельской и городской местности, возрастных групп, больных, инвалидов, безработных, мигрантов и т.д.;

3) совершенствование текущей оценки организации и осуществления межсекторального взаимодействия с помощью научно обоснованного способа, позволяющего определять направления коррекции;

4) реализация научно обоснованной технологии оптимизации межсекторального взаимодействия, базирующейся на целенаправленном воздействии заинтересованных секторов на факторы, определяющие здоровье (детерминанты), и на показатели оценки успешности его охраны, т.е. выборе наиболее целесообразных и результативных управленческих решений;

5) обеспечение опережающего типа организации межсекторального взаимодействия по охране здоровья с ориентацией на наиболее вероятные прорывы, реализация стратегического планирования;

6) осуществление в нестабильных социально-экономических условиях максимально адекватных изменений межсекторального взаимодействия, рационального расходования имеющихся ресурсов;

7) цифровизация – информатизация и автоматизация системы межсекторального взаимодействия;

8) организация и осуществление целенаправленной профессиональной подготовки ответственных исполнителей, представляющих секторы, заинтересованные в охране здоровья, основанной на компетентностном подходе;

9) демократизация – участие представителей общественных организаций в управлении межсекторальным взаимодействием.

Дальнейший ход исследования был направлен на научное обоснование конкретных предложений по реализации перечисленных принципов, которые также изменят ряд положений ФЗ-323 и позволят обеспечить оптимизацию функционирования системы межсекторального взаимодействия по охране здоровья.

Определены секторы государства и общества (их оказалось 23), заинтересованные в охране здоровья населения на региональном уровне, их значимость, мера участия и характеристики взаимодействия, в частности ранжирована сила связей между ними. Важно отметить, что все эти секторы должны заниматься охраной здоровья населения, что также может быть законодательно закреплено.

Поэтому представляется целесообразным в главу 3 «Полномочия федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов РФ и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья» ФЗ-323 включить дополнительно статью «Полномочия федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов РФ и органов местного самоуправления по организации межсекторального взаимодействия по охране здоровья» со следующим содержанием:

«1. К полномочиям федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов РФ и органов местного самоуправления по организации межсекторального взаимодействия по охране здоровья относятся:

1) формирование, с учётом социально-экономических особенностей соответствующих территорий, перечня секторов, заинтересованных в его охране (примерный перечень регионального уровня представлен в Приложении) и определение ответственных исполнителей от каждого заинтересованного сектора для участия в целенаправленном и результативном межсекторальном взаимодействии;

2) создание в каждом территориальном образовании межсекторального координационного совета по охране здоровья с включением в его состав ответственных представителей всех заинтересованных секторов и приданием функций обеспечения эффективного и согласованного осуществления здоровьесберегающей деятельности».

С позиций практического использования перспективно определить направления деятельности секторов, заинтересованных в охране здоровья, в частности их возможное воздействие на детерминанты здоровья. Для этого, во-первых, был сформирован широкий спектр из 37 детерминант здоровья (комплекс индивидуальных, социальных, экономических и экологических факторов, определяющих состояние здоровья людей и континген-

тов либо групп населения) и их характеристики – значимость и мера влияния. Зафиксировано существенное влияние на здоровье населения подавляющего большинства из полученного перечня детерминант, т.е. все они должны быть учтены при осуществлении охраны здоровья. Во-вторых, получены данные, количественно характеризующие возможное воздействие каждого из 23 заинтересованных в охране здоровья секторов на каждую из учтённых 37 детерминант здоровья – оценена 851 позиция. Установив детерминанты, на которые конкретный сектор может значимо повлиять, можно формировать перечень направлений его деятельности по охране здоровья. Полученные данные (перечень детерминант, значимость возможного воздействия на них заинтересованных секторов) также могут быть зафиксированы в одном из приложений к ФЗ-323.

Целенаправленная оптимизация любого процесса, в том числе межсекторального взаимодействия по охране здоровья, возможна на базе оценки его успешности, что имеет прямое отношение к разработке соответствующего способа. Были обоснованы требования к такому многовекторному способу оценки, что позволило его сконструировать – установлены 38 сложных (каждый включает несколько информативных критериев) и простых (представлен одним информативным критерием) векторов, определены градация и коэффициенты их значимости, модельные варианты оценки.

Реализованы преимущества цифровизации – способ автоматизирован на базе системы программ «1С: Предприятие». При этом, кроме интегральной оценки, до пользователей доводятся информативные показатели, её обусловившие, – фактически это причины конкретного состояния охраны здоровья в конкретном территориальном образовании. Остаётся только определить заинтересованные секторы, которые, при необходимости, должны осуществить целенаправленные мероприятия по коррекции. Это стало возможным после установления в исследовании значимости воздействия каждого заинтересованного сектора на каждый информативный вектор оценки.

Такой вариант способа оценки успешности межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения может быть представлен в одном из приложений к ФЗ-323.

Обобщение полученных материалов исследования дало возможность спроектировать технологию оптимизации межсекторального взаимодействия по охране здоровья, которая реализуется в рамках двух основных блоков. Первый связан с установленным целенаправленным воздействием заинтересованных секторов на детерминанты здоровья, что позволяет формировать различные профилактические программы. Приложение второго блока базируется на разработанном автоматизированном способе многовекторной оценки. Предлагаемая технология была успешно апробирована в рамках организационного эксперимента.

Полученные результаты также могут быть включены в ФЗ-323, в частности в главу 5 «Организация охраны здоровья» в виде дополнительных положений статьи 29 (с тем же названием). При этом п. 1 («Организация охраны здоровья осуществляется путем:») целесообразно дополнить подпунктом «1) межсекторального взаимо-

действия заинтересованных в охране здоровья секторов государства и общества:

«1.1) межсекторальным координационным советам по охране здоровья в рамках реализации технологии оптимизации межсекторального взаимодействия (представлена в Приложении) выполнять следующие функции:

1.1.1) согласовывать действия по охране здоровья как по горизонтали – между заинтересованными секторами одного территориального уровня, так и по вертикали, в том числе на международном уровне;

1.1.2) определять, с учётом социально-экономических характеристик соответствующих территориальных образований, особенности детерминант здоровья (примерный перечень представлен в Приложении);

1.1.3) осуществлять мониторинг состояния здоровья и межсекторального взаимодействия по его охране с использованием научно обоснованного автоматизированного многовекторного способа оценки (вариант способа представлен в Приложении);

1.1.4) формировать обоснованные предложения по созданию профилактических программ и направлениям осуществления целенаправленных корректирующих мероприятий с использованием характеристик возможного воздействия заинтересованных в охране здоровья секторов как на детерминанты здоровья (представлены в Приложении), так и информативные показатели оценки успешности межсекторального взаимодействия (представлены в Приложении) с учётом результатов первичной и динамической оценок; по внедрению в практику передового опыта, новых организационных форм и методов работы по сохранению и укреплению индивидуального и общественного здоровья; по организации плановой профессиональной подготовки ответственных исполнителей заинтересованных секторов по вопросам межсекторального взаимодействия в области охраны здоровья с её проведением на основе компетентностного подхода в медицинских образовательных организациях высшего образования; по совершенствованию государственной политики, законодательных и иных нормативных правовых актов в здоровьесберегающей области;

1.1.5) представлять для опубликования в средствах массовой информации материалы по вопросам, связанным с охраной здоровья».

Кроме того, поскольку глава 12 «Организация контроля в сфере охраны здоровья» из 5 статей включает 4, имеющие отношение только к деятельности сектора «Здравоохранение», и пятую – к санитарно-эпидемиологическому надзору, целесообразно, во-первых, дополнить её статьёй, регламентирующей осуществление такого контроля с обязательным учётом мониторинга результатов деятельности по охране здоровья всех заинтересованных секторов. Во-вторых, надо ввести статью «Оценка деятельности должностных лиц, возглавляющих заинтересованные в охране здоровья секторы», сформулированную следующим образом «Одними из определяющих в оценке деятельности должностных лиц, возглавляющих заинтересованные в охране здоровья секторы, являются уровни показателей как состояния здоровья граждан (медико-демографические, заболеваемости, инвалидности, физического развития), так и результатов деятельности по его охране, а также их динамики».

## Обсуждение

Актуальность исследования проблемы охраны здоровья населения не вызывает сомнений. При этом общепризнано, что наиболее перспективным подходом к осуществлению здоровьесберегающей деятельности является межсекторальное взаимодействие, научный аппарат его осуществления должен быть хорошо обоснован.

Вместе с тем анализ литературы свидетельствует о противоположном. Секторы, заинтересованные в охране здоровья, и их характеристики, в том числе взаимосвязь, изучены недостаточно.

Несмотря на то что большое внимание уделялось анализу детерминант здоровья [11–21], исследовались либо их группы, либо отдельные факторы, либо недостаточно обширный перечень. Не удалось выявить публикации, посвященные анализу воздействия заинтересованных секторов на полный перечень детерминант здоровья.

Для оценки успешности любого процесса важно использовать адекватный критериально-диагностический инструментарий [22–26]. Его разработка относительно текущей оценки межсекторального взаимодействия ранее не осуществлялась. Не была обоснована технология оптимизации рассматриваемого межсекторального взаимодействия, в том числе не рассматривались вопросы профессионального обеспечения участников этого процесса, недостаточно анализировались качество используемой информации [27–31], организация целенаправленной подготовки представителей заинтересованных секторов. Более того, не проводились исследования, в которых были бы доказаны преимущества межсекторального подхода над традиционным, когда охраной здоровья занимаются в основном медицинские работники. По-прежнему как при осуществлении охраны здоровья, так и в его законодательной базе существенное внимание уделяется только сектору «Здравоохранение».

Такое положение явилось причиной недостаточного отражения межсекторального взаимодействия в законодательных актах, регламентирующих охрану здоровья, и негативно сказывалось на его результативности и состоянии здоровья граждан.

Авторами настоящей работы сделана попытка перечисленные недостатки устранить. Полученные материалы представлены более чем в 70 публикациях, в том числе 19 – в рецензируемых журналах, 3 монографиях, учебном пособии, в обобщенном виде приведены в работе [32]. Обоснован научный аппарат межсекторального взаимодействия по охране здоровья – определены перечни и характеристики заинтересованных секторов и детерминант здоровья, разработана технология оптимизации, что, в свою очередь, дало возможность сформулировать предложения по изменению содержания ФЗ-323.

## Выводы

1. Целесообразно внести изменения в законодательство по охране здоровья граждан, т.к. многие его положения имеют отношение только к сектору «Здравоохранение» и не затрагивают результаты деятельности других заинтересованных структур, что противоречит современным требованиям науки и практики.

2. Разработка технологии оптимизации межсекторального взаимодействия дала возможность научно обосновать и сформулировать предложения по совершенствованию законодательства, регулирующего межсекторальное взаимодействие по охране здоровья граждан, в частности дефиниции, принципов, организации, оценки и контроля.

3. Реализация представленных предложений может способствовать повышению эффективности выполнения глобальных решений руководства страны в отношении охраны здоровья населения, в частности, достижению целевых показателей национальных проектов.

## ЛИТЕРАТУРА

1. ВОЗ. Аделаидское заявление «Учет интересов здоровья во всех направлениях политики»: на пути к совместному управлению в интересах здоровья и благополучия. Аделаида, 13-15 апреля 2010 года. Available at: [https://www.who.int/social\\_determinants/russian\\_adelaide\\_statement\\_for\\_web.pdf](https://www.who.int/social_determinants/russian_adelaide_statement_for_web.pdf)
2. ВОЗ. Развитие межсекторального взаимодействия в интересах здоровья и благополучия в Европейском регионе ВОЗ. Здоровье – это политический выбор. Европейский региональный комитет. Шестидесят пятая сессия. Вильнюс, Литва, 14 -17 сентября 2015 года. Available at: [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/288192/65ds01r\\_Health2020\\_150751.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/288192/65ds01r_Health2020_150751.pdf)
3. ВОЗ. 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). Женева; 2015. Available at: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA68/A68\\_17-ru.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_17-ru.pdf)
4. Амлаев К.Р., Хорошилова Е.Ю. Управление социально-экономическими детерминантами здоровья на различных уровнях. *Врач*. 2018; 29(1): 85–7. <https://doi.org/10.29296/25877305-2018-01-27>
5. Решетников А.В. Социальный институт медицины (часть 1). *Социология медицины*. 2018; 17(1): 4–11. <https://doi.org/10.18821/1728-2810-2018-17-1-4-11>
6. WHO. The Ottawa Charter for health promotion. First International Conference on Health Promotion. Ottawa, 21 November 1986. Available at: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
7. ВОЗ. Бангкокская хартия укрепления здоровья в глобализованном мире. Бангкок; 2005. Available at: [https://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok\\_charter/en/](https://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/)
8. Shankardass K., Solar O., Murphy K., Greaves L., O'Campo P. A scoping review of intersectoral action for health equity involving governments. *Int. J. Public Health*. 2012; 57(1): 25–33. <https://doi.org/10.1007/s00038-011-0302-4>
9. Kang E. Intersectoral collaboration for physical activity in Korean Healthy Cities. *Health Promot. Int.* 2016; 31(3): 551–61. <https://doi.org/10.1093/heapro/dav020>
10. WHO. McDaid D., Park A.L. Evidence on financing and budgeting mechanisms to support intersectoral actions between health, education, social welfare and labour sectors. Copenhagen; 2016. Available at: [http://eprints.lse.ac.uk/67725/1/McDaid\\_Evidence%20on%20financing\\_2016.pdf](http://eprints.lse.ac.uk/67725/1/McDaid_Evidence%20on%20financing_2016.pdf)
11. Информационный бюллетень. Социальные детерминанты здоровья. Выпуск 2. 2010. Available at: <https://whodc.mednet.ru/ru/component/attachments/download/79.html>
12. Лисицын Ю.П. *Здоровый образ жизни. История и современность*. М.; 2012.
13. Панова Л.В. Модель социальных детерминант как основа многоуровневой методологии изучения здоровья. В кн.: *Сборник научных трудов «Петербургская социология сегодня»*. Выпуск 4. СПб.; 2013: 221–52.
14. ВОЗ. Обзор социальных детерминант и разрыва по показателям здоровья в Европейском регионе ВОЗ: заключи-



- тельный доклад (2014; обновленный тираж). Копенгаген; 2014. Available at: [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/251959/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT-Rus.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/251959/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT-Rus.pdf)
15. Киселёва Л.С. Социальные детерминанты здоровья россиян. *Регионология*. 2016; (1): 133–42.
  16. 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; 26(5): 260–5. <https://doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-5-260-265>
  17. Whitehead M., Dahlgren G. What can we do about inequalities in health? *Lancet*. 1991; 338(8774): 1059–63. [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(91\)91911-d](https://doi.org/10.1016/0140-6736(91)91911-d)
  18. Bartley M. Health and the life course: why safety nets matter. *Br. Med. J.* 1997; 314(7088): 1194–6. <https://doi.org/10.1136/bmj.314.7088.1194>
  19. WHO. Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva; 2008. Available at: [https://www.who.int/social\\_determinants/final\\_report/csdh\\_finalreport\\_2008.pdf](https://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf)
  20. WHO. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva; 2010. Available at: [https://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH\\_eng.pdf](https://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf)
  21. Human Development Report 2016. United Nations Development Programme. New York; 2016. Available at: [http://hdr.undp.org/sites/default/files/2016\\_human\\_development\\_report.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/2016_human_development_report.pdf)
  22. Князюк Н.Ф., Кицул И.С. *Методология построения интегрированной системы менеджмента медицинских организаций*. М.; 2013.
  23. Федяева В.К., Омеляновский В.В., Реброва О.Ю. Многокритериальный анализ как инструмент поддержки принятия решений: обзор методов и возможностей их применения в оценке технологий здравоохранения. *Медицинские технологии: оценка и выбор*. 2014; (2): 30–5.
  24. Улумбекова Г.Э., Гинойн А.Б., Калашникова А.В. Эффективность региональных систем здравоохранения России (рейтинг 2016 г.). *ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ*. 2017; (3): 35–42.
  25. Thokala P., Duenas A. Multiple criteria decision analysis for health technology assessment. *Value Health*. 2012; 15(8): 1172–81. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2012.06.015>
  26. Diaby V., Campbell K., Goeree R. Multi-criteria decision analysis (MCDA) in health care: A bibliometric analysis. *Oper. Res. Health Care*. 2013; (1-2): 20–4. <https://doi.org/10.1016/j.orhc.2013.03.001>
  27. Бугарева М.М., Мартынов А.А., Мелехина Л.Е. Основные направления совершенствования медицинской статистики в рамках модернизации системы здравоохранения. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2012; (4): 4–8.
  28. Какорина Е.П., Огрызко Е.В. Некоторые проблемы медицинской статистики в Российской Федерации. *Менеджер здравоохранения*. 2012; (6): 40–6.
  29. Власов В.В. Доказательная медицина в начале XXI века. *Независимый психиатрический журнал*. 2014; (1): 6–11.
  30. Реброва О.Ю., Ракина Е.А. Доказательная медицина: внедрение в Российское здравоохранение. *Здравоохранение*. 2014; (7): 62–7.
  31. Aguirre-Raya K.A., Castilla-Peón M.F., Barajas-Nava L.A., Torres-Rodríguez V., Muñoz-Hernández O., Garduño-Espinosa J. Self-perception and knowledge of evidence based medicine by physicians. *BMC Med. Educ.* 2016; 16: 166. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0681-6>
  32. Коршевер Н.Г., ред. *Научное обоснование межсекторального взаимодействия по вопросам охраны здоровья населения на региональном уровне*. Саратов; 2018.

## REFERENCES

1. WHO. Adelaide statement on health in all policies: moving towards a shared governance for health and well-being. Adelaide, South Australia, 13-15 April 2010. Available at: [https://www.who.int/social\\_determinants/publications/isa/hiap\\_statement\\_who\\_sa\\_final.pdf](https://www.who.int/social_determinants/publications/isa/hiap_statement_who_sa_final.pdf)
2. WHO. Development of inter-sectoral cooperation for public health and well-being in the European region of WHO. Health is a political choice. European Regional Committee. The sixty fifth session. Vilnius, 14-17 September 2015. URL: [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0010/288190/65ds01e\\_Health2020\\_150751.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/288190/65ds01e_Health2020_150751.pdf)
3. WHO. Contribution to social and economic development: stable inter-sectoral activities aimed at the increase of health level and justice in health care (implementations of decisions of the eighth global conference on improving health). Geneva; 2015. Available at: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA68/A68\\_17-ru.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_17-ru.pdf) (in Russian)
4. Amlaev K.R., Khoroshilova E.Yu. Management of socioeconomic determinants of health at different levels. *Vrach*. 2018; 29(1): 85–7. <https://doi.org/10.29296/25877305-2018-01-27> (in Russian)
5. Reshetnikov A.V. The social institution of medicine. Part I. *Sotsiologiya meditsiny*. 2018; 17(1): 4–11. <https://doi.org/10.18821/1728-2810-2018-17-1-4-11> (in Russian)
6. WHO. The Ottawa Charter for health promotion. First International Conference on Health Promotion. Ottawa, 21 November 1986. Available at: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
7. WHO. The Bangkok Charter for health promotion in the globalized world. 6<sup>th</sup> Global Conference on Health Promotion. Bangkok, 11 August 2005. Available at: [https://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok\\_charter/en/](https://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/)
8. Shankardass K., Solar O., Murphy K., Greaves L., O'Campo P. A scoping review of intersectoral action for health equity involving governments. *Int. J. Public Health*. 2012; 57(1): 25–33. <https://doi.org/10.1007/s00038-011-0302-4>
9. Kang E. Intersectoral collaboration for physical activity in Korean Healthy Cities. *Health Promot. Int.* 2016; 31(3): 551–61. <https://doi.org/10.1093/heapro/dav020>
10. WHO. McDaid D., Park A.L. Evidence on financing and budgeting mechanisms to support intersectoral actions between health, education, social welfare and labour sectors. Copenhagen; 2016. Available at: [http://eprints.lse.ac.uk/67725/1/McDaid\\_Evidence%20on%20financing\\_2016.pdf](http://eprints.lse.ac.uk/67725/1/McDaid_Evidence%20on%20financing_2016.pdf)
11. Social Determinants of Health. Newsletter. Volume 2. 2010. Available at: <http://whodc.mednet.ru/ru/component/attachments/download/79.html> (in Russian)
12. Lisitsyn Yu.P. *Healthy Lifestyle. History and Modernity [Zdorovyy obraz zhizni. Istoriya i sovremennost']*. Moscow; 2012. (in Russian)
13. Panova L.V. The model of social determinants as the basis of a multilevel methodology for studying health. In: *Collection of Scientific Papers «Petersburg Sociology Today». Volume 4 [Sbornik nauchnykh trudov «Peterburgskaya sotsiologiya segodnya». Vypusk 4]*. St. Petersburg; 2013: 221–52. (in Russian)
14. WHO. Overview of the Social Determinants and the Health Gap in the WHO European Region: Final Report (2014; updated circulation). Copenhagen; 2014. Available at: [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/251878/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/251878/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT.pdf)
15. Kiseleva L.S. Social determinants of Russians' health. *Regionologiya*. 2016; (1): 133–42. (in Russian)
16. Samorodskaya I.V., Semenov V.Yu., Boytsov S.A. The impact of medical and non-medical factors on population mortality: phenotype and behavioral factors. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2018; 26(5): 260–5. <https://doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-5-260-265> (in Russian)

17. Whitehead M., Dahlgren G. What can we do about inequalities in health? *Lancet*. 1991; 338(8774): 1059–63. [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(91\)91911-d](https://doi.org/10.1016/0140-6736(91)91911-d)
18. Bartley M. Health and the life course: why safety nets matter. *Br. Med. J.* 1997; 314(7088): 1194–6. <https://doi.org/10.1136/bmj.314.7088.1194>
19. WHO. Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva; 2008. Available at: [https://www.who.int/social\\_determinants/final\\_report/csdh\\_finalreport\\_2008.pdf](https://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf)
20. WHO. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva; 2010. Available at: [https://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH\\_eng.pdf](https://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf)
21. Human Development Report 2016. United Nations Development Programme. New York; 2016. Available at: [https://hdr.undp.org/sites/default/files/2016\\_human\\_development\\_report.pdf](https://hdr.undp.org/sites/default/files/2016_human_development_report.pdf)
22. Knyazyuk N.F., Kitsul I.S. *Methodology for Creating an Integrated Management System of Medical Organizations [Metodologiya postroeniya integrirovannoy sistemy menedzhmenta meditsinskikh organizatsiy]*. Moscow; 2013. (in Russian)
23. Fedyaeva V.K., Omel'yanovskiy V.V., Rebrova O.Yu. Multi-criteria decision analysis as a tool to support decision making: a review of its methods and their applicability to health technology assessment. *Meditsinskie tekhnologii: otsenka i vybor*. 2014; (2): 30–5. (in Russian)
24. Ulumbekova G.E., Ginoyan A.B., Kalashnikova A.V. Efficiency of the regional healthcare systems in Russia (rating-2016). *ORGZDRAV: novosti, mneniya, obuchenie. Vestnik VShOUZ*. 2017; (3): 35–42. (in Russian)
25. Thokala P., Duenas A. Multiple criteria decision analysis for health technology assessment. *Value Health*. 2012; 15(8): 1172–81. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2012.06.015>
26. Diaby V., Campbell K., Goeree R. Multi-criteria decision analysis (MCDA) in health care: A bibliometric analysis. *Oper. Res. Health Care*. 2013; (1-2): 20–4. <https://doi.org/10.1016/j.orhc.2013.03.001>
27. Butareva M.M., Martynov A.A., Melekhina L.E. Main trends of upgrading of medical statistics as a part of the healthcare system modernization. *Vestnik dermatologii i venerologii*. 2012; (4): 4–8. (in Russian)
28. Kakorina E.P., Ogryzko E.V. Several problems of medical statistics in the Russian Federation. International Experience. *Menedzher zdravookhraneniya*. 2012; (6): 40–6. (in Russian)
29. Vlasov V.V. Evidence based medicine at the beginning of XXI century. *Nezavisimyy psikhiatricheskyy zhurnal*. 2014; (1): 6–11. (in Russian)
30. Rebrova O.Yu., Rakina E.A. Evidence Based Medicine: Introduction to Russian Healthcare. *Zdravookhranenie*. 2014; (7): 62–7. (in Russian)
31. Aguirre-Raya K.A., Castilla-Peón M.F., Barajas-Nava L.A., Torres-Rodríguez V., Muñoz-Hernández O., Garduño-Espinosa J. Self-perception and knowledge of evidence based medicine by physicians. *BMC Med. Educ*. 2016; 16: 166. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0681-6>
32. Korshever N.G., ed. *The Scientific Rationale for Inter-Sectoral Collaboration on Public Health Issues at the Regional Level [Nauchnoe obosnovanie mezhshektoral'nogo vzaimodeystviya po voprosam okhrany zdorov'ya naseleniya na regional'nom urovne]*. Saratov; 2018. (in Russian)

