

**Федеральное государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования  
«РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАРОДНОГО ХОЗЯЙСТВА  
И ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ  
ПРИ ПРЕЗИДЕНТЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»**

**Габуева Л.А, Павлова Н.Ф**

**Механизмы обеспечения приоритетов ЗОЖ и качества  
здравой жизни в среднесрочных государственных  
социальных программах России:  
основные вызовы и точки роста**

**Москва 2018**

**Аннотация.** Ключевые слова: качество здоровой жизни, коммуникационные платформы «врач-пациент», межведомственное взаимодействие , здоровый образ жизни детей, подростков и молодежи, производственная медицина.

Сегодня, на самом высоком уровне, как руководством нашей страны, так и научным сообществом подчеркивается необходимость поддержки и развития человеческого капитала россиян. Но в связи с трансформацией модели экономики нашей страны, вызвавшей череду реформ в различных секторах, в данной области возникли определенные затруднения в новых измерениях эффективности управления данными процессами.

Здоровье населения и вопросы его поддержания можно представить в двух аспектах. С одной стороны, - как один из его основных элементов – ресурс для формирования и развития прочих составляющих человеческого капитала (знания и навыки). С другой, - как количественно-качественный показатель их потенциального функционирования, выражаемый в потенциальной трудоспособности граждан и продолжительности их здоровой и активной жизни.

В этой связи в государственных программах развития здравоохранения, а также в целевых программах ряда иных ведомств, координирующих аспекты социального обеспечения, образования, спорта и отдыха россиян могут появиться услуги, обогащающие методические аспекты здорового образа жизни (ЗОЖ) и практику ЗОЖ.

Новый приоритет на поддержание качества здоровой жизни требует смены парадигмы реформ здравоохранения, социальные последствия которых необходимо детально изучать, в том числе с помощью методов социологических опросов руководителей и специалистов регионального здравоохранения.

Участие внебюджетных фондов в экономике ЗОЖ также подвергается коррекции в рамках нового вектора программно-целевого планирования в здравоохранении и социальном обеспечении граждан с учетом специфики отдельных половозрастных групп населения.

Габуева Л.А. заведующий научно исследовательской лабораторией экономики недвижимости и исследований социальной экономики ИОМ Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ

Павлова Н.Ф. ведущий научный сотрудник научно исследовательской лаборатории экономики недвижимости и исследований социальной экономики ИОМ Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ

Габуева Л.Г. младший научный сотрудник научно исследовательской лаборатории экономики недвижимости и исследований социальной экономики ИОМ Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ

Данная работа подготовлена на основе материалов научно-исследовательской работы, выполненной в соответствии с Государственным заданием РАНХиГС при Президенте Российской Федерации на 2017 год

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>ВВЕДЕНИЕ.....</b>	<b>4</b>
<b>1 Формирование научно-практической основы для разработки целевых программ поддержания качества здоровой жизни населения России: вызовы и возможности .....</b>	<b>8</b>
<b>2 Среднесрочные механизмы персонификации или «паспортизации» услуг, обеспечивающих качество здоровой жизни: программы «МЕДЗОЖ» для взрослых и детей .....</b>	<b>15</b>
<b>3 Точки роста и возможности межсекторального взаимодействия в вопросах поддержания «качества здоровой жизни» россиян: региональный опыт, федеральный подход .....</b>	<b>24</b>
<b>4 Механизмы мотивации служб государственного управления в рамках программно-целевого планирования показателей здоровья населения в среднесрочной перспективе (федеральный и региональный уровни управления).....</b>	<b>32</b>
<b>5 Формирование новых коммуникационных платформ по вопросам ЗОЖ с обеспечением обратной связи «медицинское сообщество – население»: пример использования метода социологического мониторинга мнений руководителей и специалистов регионального здравоохранения .....</b>	<b>39</b>
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....</b>	<b>59</b>
<b>СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ.....</b>	<b>63</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЯ.....</b>	<b>69</b>
<b>Здоровье населения России в кодах услуг общероссийского классификатора по видам деятельности и ведомственной принадлежности.....</b>	<b>69</b>

## ВВЕДЕНИЕ

Традиционно, для оценки уровня развития человеческого капитала во всех развитых странах мира используется такой синтетический показатель как индекс человеческого развития (Human Development Index (HDI)). Он включает такие основные показатели как: ожидаемая продолжительность жизни граждан; ВВП на душу населения. Россия представлена в данном рейтинге с 1990 года. Стоит отметить, что по замечанию разработчиков и экспертов данного проекта в выводении подобных результатов есть и свои нюансы, например запаздывание данных на 1,5-2 года и коррекция рейтинга с учетом нововведенных участников (например Сейшельские острова при вхождении в список «подвинули» некоторые страны). В 2015 году Россия имеет индекс HDI – 0,798 и находится на 50 месте. Если учитывать такой показатель как продолжительность жизни граждан, и проследить его динамику, то будет ясно, что наиболее низкий порог его фиксации, (как впрочем и остальных показателей) это период с 1995 по 2000-ые годы. В последние три года по имеющимся данным наблюдается относительно «ровная прямая» и чуть заметный ее подъем, что может говорить, как о стабилизации ситуации в целом, так и в некотором роде о замедлении темпов роста. Данный факт, опять же, можно рассматривать исходя из объективных обстоятельств (мировой финансовый кризис) либо предположить недостаточно продуктивный подход (экстенсивное развитие) к отраслям, обеспечивающим индикаторы измерения индекса.

Переориентация усилий на развитие человеческого капитала и сохраняющийся тренд на преодоление основных проблем в существующих программах развития социально-экономической сферы на современном этапе может вызвать противоречие.

Отметим что, безусловно, важно упорядочивание методологической стороны вопроса, порожденного обилием взаимозаменяемых понятий таких как: «человеческий потенциал», «человеческий капитал», «трудовые ресурсы», «рабочая сила» для целей постановки ведомственных и (или) межведомственных задач среднесрочного развития. Структура человеческого капитала в классическом понимании совпадает с оценками авторов доклада и может быть определена как совокупность знаний, навыков, мотивации и энергии, позволяющих производить экономическому субъекту товары (работы) и услуги [1].

Позднее, данное понятие было дополнено и уточнено дополнительными элементами, главным из которых, на наш взгляд, является здоровье. По версии ВОЗ, являясь само по себе общечеловеческой ценностью, здоровье имеет следующее классическое определение:

«...не только отсутствие болезней, но и полное физическое, психическое и социальное благополучие человека» [2].

В данном случае, в контексте обсуждения процесса развития человеческого капитала на микро и макро уровнях управления «здоровье» может быть представлено в двух аспектах. С одной стороны, - как один из его основных элементов – ресурс для формирования и развития прочих составляющих человеческого капитала (знания и навыки). С другой, - как количественно-качественный показатель их потенциального функционирования, выражаемый в трудоспособности субъекта и продолжительности его жизни.

Руководствуясь подобным подходом, стоит отметить, что в нашей стране охрана здоровья граждан осуществляется Министерством здравоохранения РФ, а процесс его преумножения в форме популяризации здорового образа жизни и стимулировании двигательной активности населения возложен на Министерство спорта и физической культуры РФ.

При анализе целевых программ, например Программы развития физической культуры и спорта, Программы развития здравоохранения [3], регламентирующих деятельность этих государственных структур можно отметить следующее.

Целью Министерства здравоохранения является процесс формирования системы, способной обеспечить доступность медицинской помощи и ее эффективность в соответствии с потребностями общества и передовыми достижениями медицины. Также, реализация Программы должна способствовать повышению численности населения и продолжительности жизни. При этом поставленные задачи для достижения этих целей (образно объединенные в несколько генеральных направлений) следующие: повышение эффективности имеющихся медицинских служб; внедрение и развитие инноваций в имеющихся медицинских структурах; устранение имеющегося дефицита кадров и ресурсов в медицинской сфере [3].

При этом главным результатом деятельности в данном направлении будет способность оказывать влияние на состояние здоровья населения, но здесь возникает вопрос – правильный ли это подход? По статистическим данным Россия занимает 10 место в мире по количеству населения [4]. По тем же данным – 168 место по рождаемости и 10 место по смертности [5]. При этом, по статистике Всемирной организации здравоохранения, доминирующие причины смертности населения России - это болезни системы кровообращения (56% всех случаев смерти) и новообразований (более чем 15%). В свою очередь, анализируя развитие этих заболеваний можно утверждать, что их причины кроются в высоком артериальном давлении (35,5%), повышенном холестерине (23%),

курении (17,1%), нездоровом питании (12,9%), ожирении (12,5%), злоупотреблении алкоголем (11,9%) и низкой физической активности (9%) среди населения [5]. Совокупность перечисленных патологий при их длительном влиянии на отдельного человека, до такой степени может ухудшить состояние здоровья, что медицинское «влияние» не сможет дать ожидаемый эффект.

В Программе «Развитие физической культуры и спорта в Российской Федерации на 2016-2020 годы» также подчеркивается важность распространения стандартов здорового образа жизни среди населения России. В тоже самое время, в данном документе дифферент внимания сильно смещен на обеспечение тренировочного процесса спортсменов (всех уровней) путем строительства и реконструкции спортивных объектов. Если учитывать, что цели физической культуры (формирование физической культуры личности) и спорта (достижение наивысших спортивных результатов) различаются между собой, то этот факт дает почву для рассуждений о способах и формах популяризации здорового образа жизни. С одной стороны, ведется деятельность по созданию условий для реализации двигательной активности населения за счет улучшения материальной базы, с другой стороны существенно обделен вниманием вопрос о стимулировании самой этой деятельности. Причем, анализируя обе вышеупомянутые Программы можно сделать вывод о недостаточном на наш взгляд внимании разработчиков к здоровьесберегающему поведению населения.

Сложность данного вопроса заключается в том, что здоровьесберегающая деятельность, выраженная в процессе реализации норм и принципов здорового образа жизни - это междисциплинарный предмет исследований, не относящийся в полной мере к медицине, но находящийся в сфере этой отрасли, и опять же, не «охватываемый» в полной мере сферой физической культуры и спорта, но имеющий эти элементы в своем составе, здоровый образ жизни является доминирующим фактором сохранения здоровья.

Рассматривая, в свою очередь, структуру и логику его формирования, следует выделить ценностно-смысловой компонент сохранения здоровья, опираясь на который следует развивать знания в этой области и стимулировать спортивно-оздоровительную деятельность. В своей совокупности эти сформированные компоненты позволят осознанно и регулярно осуществлять субъекту деятельность по сохранению и укреплению своего здоровья.

Этот вопрос особо актуален еще и потому, что учитывая прогнозы аналитиков и произошедшие социокультурные изменения в нашем обществе, сегодня можно говорить о том, что к 2025 году в России будет наблюдаться дефицит молодежи (в структуре населения

это будет выглядеть как снижение численности молодых людей с 22% до 18%)<sup>1</sup>. Подобная тенденция неблагоприятна по своей сути и выражается в снижение количественного и качественного показателей развития человеческого капитала. В свою очередь неполная реализация потенциала молодых людей может привести к торможению социально-экономического развития России.

Основываясь на изложенное выше, целесообразным будет обратить внимание также и Министерства образования РФ на формирование программ по медицинскому сопровождению здорового образа жизни (ЗОЖ) у детей, подростков и молодежи.

Отметим важность участия работодателей и объединений профсоюзов в вопросах поддержания качества здоровой жизни среди работоспособного населения страны в целях повышения качества человеческого капитала. Этому, по нашему мнению, может способствовать:

- Систематизация межведомственных подходов к поддержанию здоровья будущих и нынешних поколений трудового потенциала России;
- Уточнение экономики государственных внебюджетных фондов (социального и медицинского страхования) для целей координации программ медико-социального развития ведомственной медицины;
- Разработка актуального научно-методологического аппарата, обеспечивающего реализацию норм и принципов медицинского сопровождения ЗОЖ на государственном уровне и в органах регионального управления;
- Ориентация медицинского сообщества, а также известных личностей и спортсменов на популяризацию здорового образа жизни на новых коммуникационных платформах, приближенных к восприятию целевых групп;
- Разработка и реализация образовательных проектов и программ ДПО в сфере мотивации качества здоровой жизни;
- Обсуждение и тиражирование стандартов здорового образа жизни населения, учитывая различные возрастные группы;
- Выбор вектора и площадки для обсуждения программ(ы), связывающих(ей) сферу здравоохранения, физической культуры и образования и координирующую усилия соответствующих ведомств в необходимом направлении.

Резюмируя изложенное выше следует подчеркнуть, что человеческий капитал нашей страны несомненно следует беречь от внешних и внутренних угроз. Но этого будет

---

<sup>1</sup> используется соотношение, принимаемое в ФОМС и территориальных фондах ОМС для планирования Программ государственных гарантий до и после 2016 года

недостаточно, если вовремя не позаботится о его преумножении в лице последующих поколений. Следует помнить, что ответственное поведение населения по отношению к своему здоровью и здоровью окружающих сегодня выражает не только активную гражданскую позицию, но и заботу о будущем России.

Отметим основные направления, определившие структуру данного научного доклада по вопросам методического обеспечения качества здоровой жизни населения России и управления вопросами ЗОЖ.

- Формулирование дефиниций «качество здоровой жизни», «здоровый образ жизни» с позиций действующего российского нормативно-правового регулирования, а также на основе лучших зарубежных практик;
- Поиск механизмов персонификации или «паспортизации» услуг, обеспечивающих выше названные дефиниции в системе здравоохранения и предложения по дифференциации услуг «паспорта здоровья» для определенных целевых половозрастных групп населения - программы «МЕДЗОЖ» для взрослых и детей;
- Формулирование основ для межсекторального взаимодействия в вопросах поддержания «качества здоровой жизни» и развития «здорового образа жизни» и экономических оценок последствий смены парадигмы развития здравоохранения;
- Поиск механизмов мотивации служб государственного управления в рамках программно-целевого планирования показателей здоровья населения в среднесрочной перспективе (федеральный и региональный уровни управления);
- Формирование новых коммуникационных платформ по вопросам ЗОЖ с обеспечением обратной связи «медицинское сообщество – население» с использованием метода социологических мониторингов.

## 1 Формирование научно-практической основы для разработки целевых программ поддержания качества здоровой жизни населения России: вызовы и возможности

Отметим, что здоровый образ жизни – это индивидуальная система поведения и привычек каждого отдельного человека, обеспечивающая ему необходимый уровень жизнедеятельности и здоровое долголетие [6].

В основе здорового образа жизни (ЗОЖ) лежат как биологические, так и социальные принципы. Образ жизни должен меняться с возрастом, он должен быть обеспечен энергетически, предполагать укрепление здоровья, иметь свой распорядок и ритм. В биологических принципах ЗОЖ необходимо отметить: питание, солнечный свет, тепло, двигательная активность, уединение и даже игры (преимущественно в детстве). Но человек

велик и разумен. Он живет в обществе (в социуме) и для его образа жизни недостаточно одних биологических принципов.

К социальным принципам здорового образа жизни относятся: эстетичность; нравственность; присутствие волевого начала; способность к самоограничению [7].

ЗОЖ включает в себя некоторые базовые критерии, на основе которых и строится ведение здорового образа жизни. К ним относятся: рациональное питание, физическая активность, общая гигиена организма, закаливание, отказ от вредных привычек, режим сна.

В потоке доморощенных методик ЗОЖ, к сожалению, тонут действительно научно обоснованные, проверенные методики:

- Методика РДТ (разгрузочно-диетической терапии) или попросту лечебное голодание доктора медицинских наук Николаева Ю.С [7];
- Технология «Навигатор здоровья» разработанная под руководством академика Григорьева А.Н. и доктора биологических наук, серебряного призёра Олимпиады по конькобежному спорту Орлова В.А. [8];
- Методика похудения доктора медицинских наук Стрижаковой О.В. и Ковалькова В.А. и др. [9].

Вскоре работники науки пришли к выводу, что судить об эффективности медицинского обслуживания только на основании динамики продолжительности их жизни недостаточно, необходима оценка не только продолжительности жизни, но и её качества.

Представим определения дефиниции «качество жизни» в таблице 1.

Таблица 1 - Обобщение определения «качество жизни» (составлено авторами по данным литературных источников)

Определения «качества жизни»	Содержание	Источник
качество жизни, связанное со здоровьем и психоэмоциональным состоянием индивида, влияющее на его поведение в обществе	Социологическое содержание	Социологический словарь
интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии	Медицинское содержание	Пушкарь Д.Ю., Дьяков В.В., Берников А.Н.[10]

степень комфортности человека как внутри себя, так и в рамках своего общества	Социологическое содержание	Есина О.В.[11]
это полное физическое, социальное и психологическое благополучие человека, а не просто отсутствие заболевания	Комплексное содержание	ВОЗ [12]

Как видим, из таблицы все определения «качества жизни», в той или иной мере, на первое место по содержательным моментам выводят вопросы здоровья (физического и психического), только потом называют среду существования (социальное благополучие). При этом, не во всех определениях явно проступает духовное благополучие.

Отметим, в этой связи, что именно в здравоохранении, врачами –онкологами впервые стали предлагаться характеристики духовного благополучия человека– как неизменной части общего понятия «качество жизни» [13].

Сегодня можно говорить о развитии целого направления в науке, которое исследует все аспекты качества жизни людей в медицине [14].

Отметим, что связанные со здоровьем компоненты «качества жизни» многие авторы (Чучалин А.Г., Сенкевич Н.Ю. Белявский А.С.) пытаются привязывать к оценкам состояния больного человека на постстационарных и внебольничных этапах его реабилитации [15].

Дефиниция используется учеными для целей коррекции применяемых методов лечения, обоснованиях изменений лекарственной терапии и пр. [15].

Отметим, что вслед за зарубежными учеными [16], в России стали говорить о важности самооценки гражданами своего здоровья, что напрямую связано с ощущением качественности его жизни [17].

С течением времени было определено, что оценку качества жизни должен проводить пациент самостоятельно, так как очень часто его оценка не совпадает с той, которую дал врач [17]. Это позволяет создать более полную и объективную картину болезни.

В результате развития концепции качества жизни проведение исследований последней проводятся во всех областях медицины, включая как хирургические так и терапевтические специальности, а также паллиативную медицину.

Полученные данные позволяют проводить корректировку лечения пациента, оптимального выбора стратегии последнего, компенсацию нарушений в личности и поведения, изменяющихся в процессе заболевания и лечения, применить индивидуальный подход в лечении «не болезни, а больного».

Учитывая знания о предмете исследования «качества здоровой жизни», авторы данного доклада, прежде всего, изучили современную российскую правовую основу для среднесрочного построения новой парадигмы здравоохранения – системы мер по поддержанию здоровья населения.

Авторские научные гипотезы доклада основывались на обобщении введенного в 2017 году общероссийского классификатора государственных услуг (далее – ОКУ) [18] для формирования публичных обязательств государства в социальной сфере (здравоохранение, образование, культура, спорт, экология и пр.).

Отметим, что на федеральном уровне внесены изменения в Бюджетный Кодекс Российской Федерации [19], по которым формирование государственных заданий на оказание услуг осуществляется в соответствии с ОКУ [18]. При этом, постановление Правительства РФ [20] установило, что порядок регулирования услуг, не включенных в общероссийские базовые (отраслевые) перечни (классификаторы), предусмотрено иными нормативными правовыми актами субъектов РФ.

В таблице Приложения А «Здоровье населения России в кодах ОКУ по видам деятельности и ведомственной принадлежности (составлено авторами по [18]) приводятся обобщенные сведения о государственных услугах, обеспечивающих качество здоровой жизни.

Обобщение всех направлений классификации услуг отдельных ведомств (Министерство Здравоохранения, Министерство по труду и социальному развитию, Министерство спорта, Министерство образования, Министерство по туризму и т.д.) показало, что во многих отраслях народного хозяйства осуществляется регулирование вопросов укрепления здоровья и поддержания качества здоровой жизни (пункты 1-29 таблицы Приложения А).

Отметим, что в таблице Приложения А представлены услуги по поддержанию здоровья населения в рамках осуществления медицинской деятельности (пункты 1-3 таблицы Приложения А), которые оказываются врачами, а также услуги здравоохранения

по профилактике заболеваний на дому и вне больничной помощи (пункт 8 Приложения А), профилактику стоматологических заболеваний (пункт 9 Приложения А) и пр.

При этом, в процессах поддержания и укрепления здоровья населения в соответствии с ОКУ участвуют:

- Разные федеральные органы управления, у которых, по нашему мнению, по ряду вопросов ЗОЖ в настоящее время отсутствуют стратегические и тактические ведомственные регламенты по поддержанию здоровья отдельных групп населения;
- Общественные объединения работников всех отраслей народного хозяйства, среди которых, например, отметим: услуги по охране труда и обеспечению безопасности здоровья на производстве (пункт 19, 25-27 таблицы Приложения А); услуги молодежных (пункт 20 таблицы Приложения А) и детских общественных организаций (пункт 21), студенческих объединений (пункт 22 таблицы Приложения А) и которые должны прививать навыки ЗОЖ, в том числе и с помощью использования механизмов изучения общественного мнения (п.27 таб. Приложения А);
- Государственные и частнопрактикующие врачи на дому, в школах, на предприятиях, включая стоматологов (пункт 9 таблицы Приложения А); парамедики, включая физиотерапевтов (пункт 6 таблицы Приложения А), специалисты по лечебному питанию (пункт 5 таблицы Приложения А), психотерапевты и специалисты в области психического здоровья (пункт 4 таблицы Приложения А) и (или) их организационно-правовые объединения в спорте, включая фитнес-центры (пункт 16 таблицы Приложения А); в индустрии отдыха вне здравоохранения: в оздоровительных спортивных организациях (пункт 17 таблицы Приложения А), детских лагерях, в парках и на пляжах (пункт 18 таблицы Приложения А), а также в массажных салонах (пункт 10 таблицы Приложения А);
- Детские сады и центры дневного пребывания детей (пункт 14 таблицы Приложения А) включая услуги, связанные с проблемами поведения и физического развития (пункт 15 таблицы Приложения А); центры дневного пребывания для пожилых (пункт 13 таблицы Приложения А); реабилитационные заведения и дома отдыха системы социального обеспечения (пункт 12 таблицы Приложения А); санаторно-курортные учреждения системы здравоохранения (пункт 11).

Таким образом, мы постарались выделить правовую и организационную платформу методического обеспечения вопросов поддержания качества здоровой жизни россиян, сгруппировать услуги, влияющие на ЗОЖ, а также объединить в единую систему все услуги действующего общероссийского классификатора.

В условиях корректировок параметров среднесрочного социально-экономического развития страны и введения механизмов персонификации потребления всех

государственных услуг, оказанных гражданам в рамках публичных государственных полномочий такой подход, на наш взгляд, может представлять серьезный вызов для формирования среднесрочных приоритетов развития целевых государственных программ, включая программу развития здравоохранения.

Сопоставление способов планирования и оплаты государственных услуг в разных государственных программах в сфере здравоохранения показывает наличие противоречий в выборе приоритетов и критериальных оценок результативности реализуемых мероприятий по развитию отрасли.

При этом зарубежный опыт может помочь с ориентирами развития российскому здравоохранению.

Отметим, что начиная с 2001 года и по настоящий момент, исследователями региональных бюро всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) называются общемировые детерминанты здоровья граждан [21].

При определенных допущениях, на наш взгляд, для России можно назвать в 8-мь основных индикаторов «здравья граждан - 2030», которые должны управляться на федеральном уровне и в региональных системах здравоохранения:

- Динамика хронических соматических заболеваний (с выделением 20% критичных диагнозов по международной классификации болезней (МКБ-10), обеспечивающих 80% хронических соматических заболеваний);
- Динамика показателей психического здоровья;
- Динамика потребления алкоголя и потребления табака;
- Динамика физической активности и занятий спортом, оценки здорового образа жизни;
- Динамика обращаемости за лечебно-диагностической помощью;
- Динамика потребления медикаментов и лекарственное страхование;
- Динамика обращаемости за профилактической помощью;
- Показатели качества жизни и их динамика (оценки качества жизни детей, подростков, трудоспособных граждан, пенсионеров, пожилых людей, инвалидов и пр. групп населения) [21].

Отметим, что все эти направления, формирующие тренды обеспечения здоровой жизни граждан в любой стране невозможно решить без комплексного подхода к программно-целевому планированию.

Отметим здесь опыт стран ЕС, где пациент, которому страховая организация разрешила получить медицинские услуги в другой стране ЕС, имеет специальный документ (форма E111/CEAM или форма E112). Некий «медицинский паспорт» в котором «зашита» возможность получать услуги экстерриториально в медицинских учреждениях стран –

участниц Союза [23]. Сейчас версия такого персонифицированного единого документа преобразована в европейскую карту медицинского страхования (CEAM).

Для отечественного здравоохранения, начинающего интеграцию в единое европейское пространство важным моментом является наличие аналогичного паспорта пациента, или «паспорта здоровья». Учитывая масштабы нашей страны, а также наличие разобщенных территориальных сегментов базовой программы ОМС данное направление представляется весьма актуальным, особенно на базе интегрированных информационно-статистических систем в электронном формате.

Постепенное внедрение «паспорта здоровья» для россиян можно начинать, например, с детского населения, которое находится в приоритетном внимании государства [24].

В России в отдельных муниципальных образованиях относительно небольшая численность детского населения, поэтому можно начинать с данной группы лиц, что не будет представлять технических или кадровых трудностей. На каждого ребенка составить паспорт мониторинга здоровья. Данный документ должен содержать специальные разделы соответственно особенностям возрастной группы, прогнозируемым рискам здоровью и социальным рискам, актуальным для этой возрастной группы. Такая информация обеспечит прозрачность контроля за профилактическими, лечебными, оздоровительными, и прочими запланированными программно-целевыми мероприятиями на индивидуальном, групповом, муниципальном, региональном и федеральном уровнях.

Также возможным становится объективизация базовых программ медицинской помощи детям, беременным женщинам, формирование целенаправленных финансовых потоков, планирование средств, в том числе с учетом дифференциации мер при оказании адресной помощи.

Сегодня большую долю населения мира составляют молодые люди – дети и подростки. Особенность ситуации, в которой оказались современные российские дети, заключается в том, что их переходный период совпал с переходным периодом общества. Сложности взросления подростков насытились на сложную социально-экономическую ситуацию в обществе, и произошло потенцирование проблем. Они сталкиваются с большим количеством проблем, обусловленных ростом, взрослением, незнанием, нежеланием и неумением разрешать противоречия человеческого существования.

Данные процессы потребуют уже в ближайшее время рассматривать здоровье детей как медико-социальную проблему, требующую формирование программно-целевой концепции. Место механизмов «паспортизации» отдельных медико-социальных страховок

для детей и подростков может потребоваться уже в ближайшей перспективе в системе обязательного медицинского страхования данной категории населения России.

2 Среднесрочные механизмы персонификации или «паспортизации» услуг, обеспечивающих качество здоровой жизни: программы «МЕДЗОЖ» для взрослых и детей

Стратегическим направлением первого этапа паспортизации показателей здоровья нынешнего поколения детей и подростков может быть расширение возможностей «подростковых программ» в территориальной программе государственных гарантий, формирование программ «ОМС+».

Реализация данного стратегического направления в период 2018-2019 гг., по нашему мнению, может включать следующую последовательность медико-организационных инноваций территориальных программ ОМС:

- Формирование гарантированного к оплате за счет средств ОМС основанного комплекса медицинских, социальных и психологических услуг в одно обращение подростков в учреждениях, дружественных к моложе.
- Организационной платформой проведения такого комплекса могут быть усовершенствованные отделения территориальных поликлиниках, центры медико-психологической помощи, центры (кабинеты) здоровья и пр. Главная задача организационно - штатной структуры для таких учреждений – это возможность учета проблем и особенностей развития, характерных для каждого возраста обратившегося.
- Основная идея оказания помощи и содействия: комплексный прием врача - специалиста (акушера-гинеколога, уролога-андролога, эндокринолога, дерматовенеролога) и медицинского психолога. Психолог в доступной форме поможет подростку понять и оценить проблемы и риски, связанные с его здоровьем, своевременно принять необходимые меры.
- Механизм финансового обеспечения - это введение комплексной услуги в Тарифное соглашение по ОМС. Установление тарифа на комплекс медико-социальных услуг для подростков не противоречит правилам оплаты в ОМС случая амбулаторно-поликлинического обслуживания застрахованных граждан на основе подушевого норматива финансирования.

Рассмотрим подробнее содержание медико-организационных инноваций для реализации паспортизации показателей здоровья детей и подростков.

Нам представляется, что необходимо сформировать программу мероприятий для оказания населению данной комплексной услуги (объем посещений подростком разного вида специалистов), а тариф комплексного приема совокупности всех специалистов

складывается из утвержденной Тарифным соглашением стоимости посещения одного врача-специалиста. Сейчас тариф посещения врача-специалиста, как известно, включает в себя проведение необходимых исследований (лабораторных и инструментальных).

Приведем, например, расчеты потребности в финансовом обеспечении концепции паспортизации здоровья детей и подростков на базе обособленного отделения медико-социального здоровья, созданного в территориальной детской поликлинике.

На 10 000 детского населения и подростков, обслуживаемых по участковому принципу в территориальных поликлиниках субъектов РФ, можно прогнозировать около 19500 посещений в среднегодовом исчислении для реализации программ паспортизации здоровья на базе обособленного отделения (таблица 2).

Таблица 2. Макет - расчет общего прогнозируемого объема врачебных приемов по направлению мониторинга и коррекции медико-психологического здоровья подростка (количественные размеры посещений приближены к отраслевым методикам их определения в 2017 году), на 10000 человек. (составлено авторами по данным [25, 26])

Наименование должностей по действующей номенклатуре специальностей здравоохранения	Количество посещений в среднем в год, на 10000 человек
Заведующий отделением-врач-педиатр (мониторинг здоровой жизни, составление «паспорта здоровья»)	5 270
Врач-психотерапевт (тесты психоэмоционального состояния; музыко-свето- терапия)	1090
Врач паллиативной помощи (работа с родственниками при выявленном «неизлечимом» заболевании )	630
Врач-акушер-гинеколог*	1 700
Врач-уролог-андролог*	1 270
Врач-эндокринолог детский (коррекция питания)	860
Врач-дерматовенеролог (программа «чистая кожа» )	2 350
Врач – стоматолог (зубной врач) (программа «здоровая улыбка» (профилактика кариеса, брекет – системы, здоровье десен и пр.)	1545
*Врач лечебной физкультуры (или) врач физиотерапевт (или) врач – невролог (присутствует на любом приеме)	1545
*Медицинский психолог (присутствует на приемах других специалистов* в составе бригады)	3 090
ИТОГО посещений для оказания комплексной услуги по паспортизации медико-психологического здоровья детей и подростков, на 10000 человек	19 350

По нашему мнению, оплату указанной комплексной услуги можно подавать для включения тарифное соглашение с рабочим названием страховой услуги «Паспорт медико-психологического здоровья подростка».

В дальнейшем комплексную услугу можно тарифицировать по всем правилам подушевого финансирования, которые действуют в ОМС в настоящий момент. Для расчетов ожидаемых расходов в системе ОМС среднее время проведения приема у каждого специалиста примем равным 25 минутам, а средний тариф ОМС для одного посещения врача специалиста, указанного в таблице, примем на уровне среднего значения 2017 года - 430 рублей [25,26] (тариф ОМС на стоимость посещения может колебаться в зависимости от врачебной специальности от 150 до 1530 рублей).

При введении комплексной услуги по паспортизации здоровья детей и подростков в территориальных поликлиниках субъектов РФ с учетом описанных выше ограничений для первого этапа проведения данного концептуального направления в здравоохранении, ожидаемые расходы системы ОМС для включения в территориальные программы государственных гарантий могут составить не менее 8,3 млн. рублей на каждые 10000 человек детско-подросткового возраста, прикрепленного к территориальным поликлиникам субъектов РФ и муниципальных образований.

Изложенные выше предложения - это pilotная научно - практическая версия решения вопроса по проведению паспортизации здоровья детского населения России на базе существующих организационных возможностей региональной сети медицинских организаций и страховых способов возмещения расходов на их проведение.

Организационное администрирование системы паспортизации медико-психологической помощи, безусловно, возможно и на платформе учреждений социального страхования, где обслуживаются дети и подростки, оказавшиеся в трудной жизненной ситуации, сироты, дети-инвалиды и т.п. контингенты, у которых уже выявлены проблемы со здоровьем и (или) были врожденные дефекты развития. В контексте мер государственного управления на стадии работ по паспортизации ЗОЖ данные направления можно, на наш взгляд, исследовать позже и (или) исключить из рассмотрения.

Одним из возможных направлений реализации рассматриваемой концепции может быть привлечение альтернативных источников (кроме ОМС) для покрытия расходов на цели паспортизации показателей здоровья детей и подростков: формирование индивидуальных и групповых консультаций (тематических занятий, тренингов, учебных курсов) для подростков и их родителей по вопросам репродуктивного и психического

здоровья, социальной адаптации в обществе и другим актуальным проблемам, включая возможность «выездной формы их проведения» в образовательных учреждениях.

Таким образом, при введении комплексной услуги по паспортизации здоровья детей и подростков рассмотрены несколько сценарных подходов для реализации в субъектах РФ.

- Требуется совершенствование «климата» в государственных поликлиниках для создания благоприятной атмосферы «клиники, дружественной молодежи», где оказывается не только первичная и специализированная медицинская помощь детям и подросткам, но созданы условия для решения их психологических проблем, через диалог и совместный поиск путей изменения поведения, направленных на сохранение здоровья;

- Рассмотренный концептуальный подход по паспортизации показателей здоровья может реализовываться в обособленном отделении медико-психологической помощи не является альтернативой и не заменяет для подростков уже имеющиеся службы, например, детские поликлиники. Рассмотренные комплексные услуги выполняются командной врачей, каждая специализация которых присутствует в штатных расписаниях большинства поликлиник. На весь набор помощи, пока, по разным причинам не обеспечивается в лечебно-профилактических учреждениях, как государственных, так и частных;

- Комплексная услуга «Паспорт медико-психологического здоровья подростков» дополняет работу с территориальным населением обычной детской поликлиники в достижении единой цели – обеспечении здоровья молодого поколения;

- При последовательном движении вперед для реализации проблем с медико-психологическим здоровьем подростков и молодежи на базе медицинских организаций потребуется межведомственное взаимодействие детских дошкольных и образовательных организаций, учреждений летнего отдыха и досуговых центров, спортивных учреждений и т.п.

Наряду с приоритетностью поддержания здоровья детей, подростков и молодежи в нашей стране, отметим, что возрождение системного управления производственным здоровьем представляется также определенным вызовом современной России.

В 2017 году Минтруд России начал опрос с целью содействия государственным реформам в области охраны труда, связанным с повышением безопасности на рабочих местах, популяризации культуры безопасного труда. Анкета размещена на главной странице официального сайта Минтруда России [27].

Количество несчастных случаев на производстве с тяжелыми последствиями за последние десять лет существенно снизилось – с 14 077 случаев в 2006 году до 6 909 случаев в 2016 году, – заявил директор Департамента условий и охраны труда Минтруда России Валерий Корж. Более 70 % несчастных случаев на производстве в России вызваны

типичными причинами организационного характера и так называемым «человеческим фактором», включая плохую организацию работ [27].

Однако в сравнении с ведущими экономически развитыми странами со схожей структурой экономики данный показатель по-прежнему остается на высоком уровне.

Придерживаясь современных зарубежных трендов, отметим, что систематизация всех медицинских знаний о работнике, а не только его истории болезни (при обращении в больницу и поликлинику) позволит объединять трудоспособное население по группам здоровья, а далее формировать по ним программы ЗОЖ: питание, спорт, реабилитация и пр.

Расшифровка и детализация всех сведений о работнике потребует систематизации контрольных учетных форм ведения индивидуальных медицинских, оздоровительных, реабилитационных мероприятий, занятий спортом и пр. В единой информационной базе распределенный и структурно связанный массив персональных данных индивидуума по группе здоровья будет сочетаться со статистикой законченных случаев стационарного лечения, всех проведенных ему обследований, всех данных его динамического наблюдения, результаты лабораторных анализов, рентгеновские снимки, текущие записи медицинского наблюдения и пр.

Отдельные предложения авторов доклада касаются введения медицинского эксперта по сопровождению персонифицированных программ ЗОЖ – «МЕДЗОЖ». Такая «курация» позволит в массив сведений «Паспорта» включать назначенные рекомендации по питанию, физической активности и пр.. Важной составляющей «Паспорта здоровья» могут стать объемы консультаций: врача-диетолога, врача-психотерапевта, специалиста спортивной медицины (фитнес-тренера) и пр. услуги медицинского сопровождения ЗОЖ.

Отметим, что при всей важности информатизации процессов паспортизации показателей здоровья работающего населения, в отечественной практике имеются оформленные в качестве федеральной (региональных) программ лишь термин «электронная медицинская карта пациентов» [28].

Последствия принятия в 2016 году национального приоритетного проекта «Совершенствование процессов организации медицинской помощи на основе внедрения информационных технологий» (далее – электронное здравоохранение) предполагает развитие до 2025 года электронных медицинских карт, электронного документооборота, применения телемедицинских технологий в системе здравоохранения [28].

Телемедицинские технологии - комплекс организационных, технических и инженерных мер в процессе оказания медпомощи с помощью процедур, средств и способов передачи данных по линиям связи, обеспечивающих достоверную идентификацию

информационного обмена, медицинских работников, пациентов (законных представителей) [28].

Таким образом, развитие электронных медицинских карт для граждан, личные кабинеты застрахованных по ОМС граждан «Мое здоровье» в наибольшей мере востребованы и будут использоваться ответственными соотечественниками, следящими за своим здоровьем. Доля таких людей значима среди пенсионеров и обеспеченных слоев населения старше среднего возраста. Все мероприятия по обеспечению личного здоровья взрослого населения в системе медицинской реабилитации требуют адекватного информационно-технического и экономического сопровождения [29].

В мировой практике разделяют три основных уровня информационных систем, используемых врачами в электронном виде: первый (минимальный) обеспечивает только структурированный учет; второй (базовый) предоставляет врачам возможность использование подсказок и справочников; третий (полный) выстраивается комплексно-аналитическая схема диагностики, профилактики, лечения и реабилитации пациента.

Паспортизация показателей здоровья работающего населения, которую рассматривают авторы доклада в качестве научно-практической модели, должна быть реализована по третьему уровню информационных систем с учетом лучших зарубежных практик. Она призвана давать возможность интегрировать весь аналитический массив данных о:

- Диагностике здоровья «в моменте», например, на основе методик навигации здоровья по ключевым росто-весовым и иным критериям, имеющим распространение в советском здравоохранении для массовых медицинских осмотров и диспансерного наблюдения;
- Мерах профилактики заболеваний, например, для работающих граждан – профилактики производственных болезней на базе опыта советского времени по «цеховой медицине» и

социальной инфраструктуре реабилитации работников без отрыва от производства на базе санаториев-профилакториев и пр.;

- Статистике прохождения госпрограмм диспансеризации, в рамках которой гражданину присваивается группа здоровья, например 1-ая, не требующая направления на поликлиническое и стационарное наблюдение;
- Применяемых программах ЗОЖ с плановыми объемами медицинского сопровождения по вопросам подбора: питания, режимов спортивных нагрузок и двигательной активности, режима сна и пр.
- Методах коррекции предпатологических состояний;
- Медицинской истории болезни при госпитализации и (или) обращении к врачу поликлиники;
- Объем и частоту санаторно-курортного лечения и (или) реабилитационные мероприятия (как профилактические, так и постстационарные).

Такой персонифицированный «анамнез здоровья» может служить также и для целей составления выборки лекарственных средств, медицинских технологий, лабораторных и инструментальных методов исследования, которые востребованы для работающих граждан при решении их проблем со здоровьем.

Предполагаемая на этой основе методическая и архитектурная организация информационного массива паспортизации здоровья работающих граждан позволит в дальнейшем использовать его для проведения в том числе и автоматизированного мониторинга состояния здоровья в ходе динамического наблюдения, а также для обработки данных интеллектуальными медицинскими системами для выявления системных потенциальных угроз здоровью наблюдаемого индивидуума на ранних стадиях их возникновения. В качестве примера можно использовать опыт завода Фольксваген в Калужской области, на котором принято решение установки интеллектуальной системы распознавания ОРВИ в момент предъявления электронного пропуска работником на проходной. Мерами по предупреждению распространенности заболеваемости является направление выявленного интеллектуальной системой человека в медпункт для постановки диагноза и дальнейшего лечения, открытия больничного листа и пр.

При наработках шаблонных решений интеллектуальные системы распознавания болезней, а также интегрированные электронные записи в системе здравоохранения могут использоваться для выявления врачебных ошибок, построения закономерностей и прочих аналитических целей, в том числе для использования в целях научно – методического сопровождения программ развития здравоохранения с учетом факторов ЗОЖ, реализации

целевых программ «МЕДЗОЖ», коррекции ежегодных целевых программ диспансеризации работающих граждан.

Не исключается, по нашему мнению, возможность использования информационного массива «Паспорта здоровья работающего гражданина» для корректировок объемно-финансовых нормативов программ обязательного медицинского страхования в рамках реализации государственных гарантий бесплатной помощи населению, а также для целей добровольного медицинского страхования работников за счет средств работодателей. Последние могут больше не дублировать программы ОМС, а иметь особый предмет страхования, например, адресные программы «МЕЖЗОЖ», детализированные по сферам экономической деятельности и факторам производственного риска здоровью.

На примере авиационного персонала рассмотрим механизмы нового подхода к поддержанию качества здоровой жизни работающего населения России.

Ключевым условием для построения эффективной комплексной системы паспортизации показателей здоровья работающих граждан, включая летный состав воздушных судов Гражданской авиации, является ее открытость для интеграции с другими отраслевыми и межведомственными системами информатизации здравоохранения, а также информационными системами ФСС и ФОМС. Здесь встанет вопрос деперсонализации данных о здоровье граждан для их обмена даже по закрытым компьютерным сетям.

При проектировании информационных систем паспортизации здоровья работающих граждан необходимо будет определить набор критической информации и запланировать поэтапное создание комплексной информационной и организационной системы для их архивирования и обмена. На примере информационных массивов данных о показателях здоровья летного состава ГА покажем механизмы реализации этой научной гипотезы (рисунок 1).

На рисунке 1 приняты следующие сокращения: ЦКБ ГА – Центральная Клиническая больница Гражданской авиации; ЦВЛЭК –центральная врачебно-летная комиссия; ЦОД ЦКБ ГА – центральный отдел диспансеризации Центральная Клиническая больница

Гражданской авиации; ВЛЭК – врачебно-летная комиссия; ЛПУ – лечебно-профилактические учреждения.

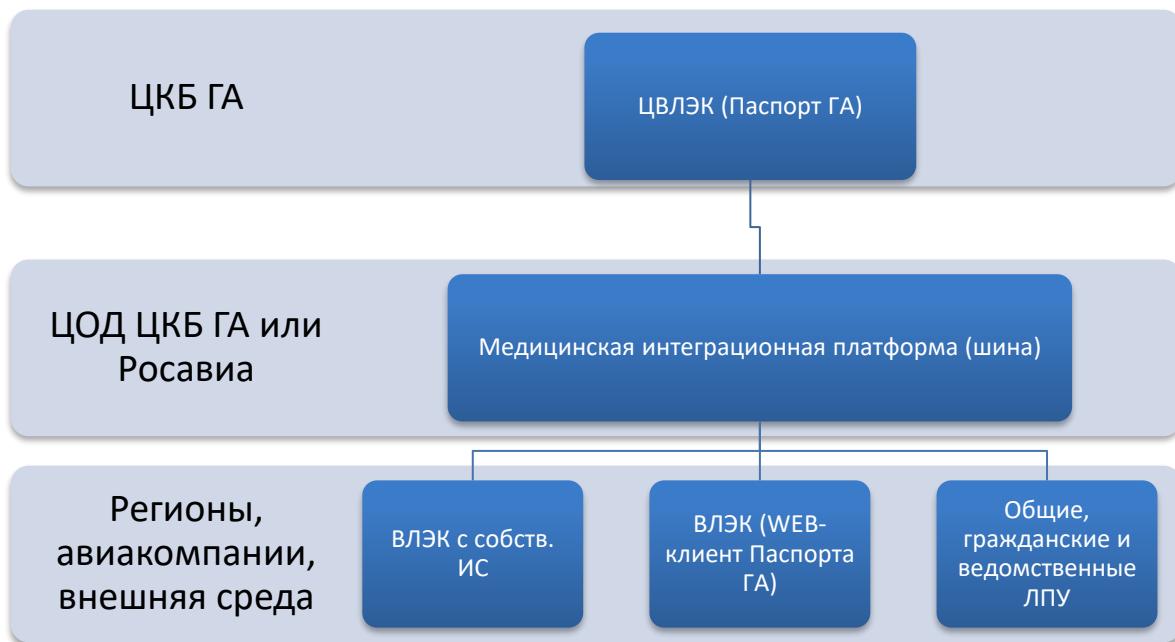


Рисунок 1 - Информационно-аналитический обмен данными о показателях здоровья работающего гражданина (на примере работника Гражданской авиации)

Пояснения к рисунку:

На базе ЦВЛЭК ГА создается единое хранилище ключевой медицинской информации по авиационному персоналу и на технологическом уровне развертывается интеграционная шина (надстройка) для связи с системами региональных врачебно-летних комиссий. На этом уровне также предполагается интеграция и синхронизация информации по всем региональным массивам данных о проведении лабораторных и диагностических услуг (посредством вовлеченности датчиков современного медицинского оборудования, имеющих персонализацию проводимых исследований). Последняя опция крайне важна в случае отсутствия собственных информационных систем у региональных врачебно-летних комиссий и (или) недостаточного уровня их информатизации. Каждый, состоящий на учете сотрудник ГА имеет собственный идентификатор, который распознается вне зависимости от его обращения в одну из врачебно-летных комиссий (ВЛЭК), на основе чего информация в паспорте здоровья по нему консолидируется. При отсутствии собственных информационных систем в концепции информатизации паспорта ГА может используется удаленный доступ к Паспорту ГА, развернутому в центральной врачебно-летной комиссии

(ЦВЛЭК). На базе интеграционной медицинской платформы организуется распределенное хранилище медицинских данных и медицинских изображений.

Следует сказать, что применительно к ведомственной задаче паспортизации показателей здоровья работающего населения ограничены возможности по использованию данных «Личного кабинета застрахованного», которые активно реализуются на региональном уровне на базе ТФОМС.

Участие внебюджетных фондов в программах поддержания качества здоровой жизни населения России, конечно ограничивается не только аккумуляцией огромных массивов данных о заболеваемости, диспансеризации, нетрудоспособности, травматизме, медицинской реабилитации и пр. застрахованных по ОМС и ФСС граждан.

Отметим в этой связи важность межсекторального взаимодействия.

3 Точки роста и возможности межсекторального взаимодействия в вопросах поддержания «качества здоровой жизни» россиян: региональный опыт, федеральный подход

Современным механизмом реализации регламента межведомственного взаимодействия в вопросах ЗОЖ имеет региональный опыт распространения.

В ХМАО-ЮГРА в 2016-2017 году, например, введена «СИСТЕМА УПРАВЛЕНИЯ ПРОЕКТАМИ» (далее - СУП). Внедрение проектного управления в автономном округе рассматривается в настоящее время как самостоятельный, приоритетный, межведомственный проект, имеющий стратегическое значение для социально-экономического развития региона [30].

Этапы построения системы СУП для межведомственного взаимодействия в вопросах ЗОЖ на региональном уровне в ХМАО можно представить следующим образом.

1этап. В 2015 году в целях последовательного развития системы управления проектной деятельностью в Югре утвержден план мероприятий («дорожная карта») по внедрению проектного управления в исполнительных органах государственной власти автономного округа.

На первом этапе разработана нормативно-регламентная база по управлению проектами, портфелями проектов. Наиболее значимым является нормативно-правовой акт, утвердивший требования к деятельности органов исполнительной власти [30]. На региональном уровне устанавливается единая система правил и регламентов, терминология и система менеджмента проектного управления ЗОЖ в автономном округе.

Принимая во внимание принятую нормативно-правовую базу по управлению проектами на федеральном уровне, нормативные правовые акты автономного округа по

вопросам организации проектной деятельности были синхронизированы с федеральным законодательством.

2 этап В целях единообразной системы управления проектной деятельностью были созданы органы управления проектной деятельностью. Создан Проектный комитет автономного округа [31], который является высшим координационно-контрольным органом в сфере управления проектной деятельностью исполнительных органов государственной власти в автономном округе, принимающим ключевые управленческие решения в части планирования и контроля проектной деятельности, выполняющим функции управления портфелем проектов.

Заседания Проектного комитета автономного округа проходят ежемесячно под председательством Губернатора автономного округа. На заседаниях рассматриваются ключевые вопросы в сфере проектной деятельности, происходит урегулирование проблем и вопросов, возникающих при реализации проектов.

3 этап. Создан исполнительный орган государственной власти автономного округа – департамент проектного управления, осуществляющий функции по реализации единой государственной политике и нормативному правовому регулированию в сфере применения проектно-ориентированной системы управления в органах исполнительной власти Югры [32].

4 этап. В структурах исполнительных органов государственной власти автономного округа формируются функциональные проектные офисы, призванные обеспечить организационно-методическую и административную поддержку реализации региональных портфелей проектов в сферах, соответствующих стратегическим направлениям развития Российской Федерации.

5 этап. Для автоматизации процесса управления проектами, эффективного взаимодействия участников проектов, принятия взвешенных управленческих решений проведена работа по развертыванию информационной системы управления проектами. Система была поэтапно развернута во всех исполнительных органах государственной власти автономного округа, части подведомственных учреждений и муниципальных образований.

Проведенная на всех этапах работа по формированию регионального регламента межведомственного взаимодействия в вопросах ЗОЖ в ХМАО позволила реализовать первый комплексный государственно-частный проект ЗОЖ в России - «Социальные инвестиции» (далее – Проект), начатый в мае 2016 года. Стороны Проекта: Правительство ХМАО, Фонд региональных социальных программ «Наше будущее». На первой

инвестиционной сессии к проекту присоединились предпринимательские структуры округа [33].

На рисунке 2 представим проектное решение для построения межведомственного взаимодействия в вопросах ЗОЖ у детей и подростков (на примере ХМАО).



Рисунок 2 - Предлагаемый межведомственный подход к поддержанию здоровья детей и подростков на региональном уровне на примере ХМАО (построено авторами на основе [31-33])

Как показал опыт ХМАО, участниками социального проекта ГЧП - ЗОЖ могут стать руководители некоммерческих организаций и социально ориентированные организации, предприниматели разных отраслей региональной экономики. Самое главное в этом процессе, что участие всех заинтересованных сторон в проекте реализуется по четкому плану, который предполагает прозрачные конкурсные механизмы: прием заявок на участие; первичный отбор проектов; знакомство с инвесторами; проработка бизнес-модели проекта; индивидуальное сопровождение инвестиционных проектов; защиту проектов перед инвесторами.

Возможности, которые дает участие в социальных инвестициях частным партнерам: получение финансирования; дополнительные компетенции и новые знания; сотрудничество с государством и новые контакты в бизнес-среде; масштабирование или

тиражирование уже существующего проекта; опыт взаимодействия с инвесторами и государством.

При этом, отметим, что в 2018 годы в ХМАО на реализацию такой межведомственной и социальной ГЧП – инициативы планируется более 1,3 млрд. руб. общего объема бюджетного и внебюджетного финансирования, включая средства инвесторов и личные средства граждан. Отметим, что в целом по округу затраты на социальную сферу составляют около 120 млрд. рублей, а на здравоохранение – около 59 млрд. рублей [33].

Отметим также возможность детализации многомерных задач ЗОЖ на примере межведомственного взаимодействия в вопросах профилактики стоматологических заболеваний у детей, подростков и молодежи (рисунок 3).



Рисунок 3 - Пример межведомственного проектного взаимодействия в вопросах профилактики стоматологических заболеваний и снижения заболеваемости кариесом среди детей, подростков и молодежи в ХМАО-ЮГра

Как видно на рисунке 3, реализация комплексных проектных решений поможет четко формировать конкретные целевые подпрограммы ЗОЖ в интересах государства, отдельных ведомств социальной сферы, а также частных инвесторов.

Таким образом, учитывая опыт ХМАО по созданию межведомственного взаимодействия, можно построить усредненную региональную «модель проектного управления здоровьем региона» (далее – МПУЗР).

- Межведомственный орган – «совет по здоровью» может создаваться при высшем органе управления региона (с курацией в лице заместителя губернатора (главы региона) по социальной политике;
- Проектный офис «совета по здоровью» занимается систематизацией всех существующих программ и координацией деятельности всех органов управления в вопросах межведомственного взаимодействия: органов исполнительной власти, организаций системы образования, физкультуры и спорта, культуры, социальной защиты, родительского и предпринимательского сообщества, а также привлечение экспертов по профилю для разработки новых методов и способов решения проблем по формированию ЗОЖ с учетом современных условий окружающего мира и системы оказания услуг.

Субъекты Российской Федерации с профицитными региональными бюджетами (в меньшинстве) могут принимать целевые бюджетные программы с условным названием «Здоровье региона» (аналогичные опыту ХМАО). Регионы – реципиенты могут решать проблемы межведомственной разобщенности при формировании качества здоровой жизни населения России через механизмы централизации управления - проектные офисы при главах регионов без дополнительного привлечения средств бюджетов субъектов РФ.

Экономика такой модели на федеральном уровне управления, наряду с уже существующими направлениями выделения средств, может предусмотреть:

- Разработку дорожной карты введения постоянной системы паспортизации здоровья населения России по половозрастным группам в рамках программы «Развитие здравоохранения -2030»;
- Утверждение единых для всех федеральных органов управления в социальной сфере межведомственных регламентов проектов социального государственно-частного партнерства по ЗОЖ, утверждаемых Правительством РФ и (или) Министерством экономического развития России по направлениям: спорт, питание, отдых и т.п. для всех целевых половозрастных групп населения, особенно трудоспособного возраста, детей, подростков и молодежи;
- Принятие единых ключевых индикаторов ЗОЖ населения России для всех утверждаемых целевых ведомственных программ – 2030 (развития здравоохранения, образования, спорта, туризма и отдыха и пр.), которые «сквозным» образом включаются в контракты

государственных (муниципальных) служащих в названных сферах государственного управления.

В таблице 3 представим матрицу – макет для формирования комплексного финансового обеспечения мероприятий ЗОЖ в принимаемых на федеральном уровне целевых программах.

Таблица 3 - Матрица финансового обеспечения межведомственного регламента ЗОЖ в программах – 2030г.

№ п.п.	Ведомственные целевые программы	Финансирование по годам					
		2020	2021	2022	2023	2024	2025
1	Развитие физической культуры и спорта 2030, всего В т.ч. <u>мероприятия по ЗОЖ</u> -дети -взрослые						
2	Информационное общество 2030, всего В т.ч. на <u>мероприятия по ЗОЖ</u> -дети -взрослые						
3	<u>Развитие здравоохранения 2030, всего</u> <u>В.ч. программы «МЕДЗОЖ»</u> -дети -взрослые						
4	Развитие образования 2030, всего В т.ч. <u>мероприятия по ЗОЖ</u> -дошкольные учреждения -школы -ВУзы -СУзы						
5	Иные целевые программы развития человеческого капитала по направлению ЗОЖ: <u>-медицинский туризм</u> <u>-Санаторно-курортный комплекс</u> <u>-Проектный офис ЗОЖ в рамках межведомственного взаимодействия</u> <u>-Социальные инициативы и ГЧП</u>						
6	Средства инвесторов, частных предпринимателей						
7	Средства физических лиц						
8	ИТОГО						

В нашей стране, как было показано выше, а также представлено в Приложении А, единого концептуального межведомственного документа по обеспечению здоровья и безопасности работающего населения пока не принято.

Конечно, в программах развития здравоохранения предусматриваются целевые индикаторы для медицинского обслуживания населения трудоспособного возраста и предотвращения ранней смертности среди экономически активных работающих граждан.

Медицинское страхование возмещает стоимость ежегодных программ диспансеризации работающих граждан России, в результате которых присваивается группа здоровья [34].

В этой связи хочется отметить следующие моменты действующей программы диспансеризации населения страны.

- Результаты диспансеризации населения как цель – диагностики заболеваний на ранних клинических стадиях (осмотры специалистов) выполняет свою целевую, финансируемую задачу;
- Сопровождение выявленных по результатам диспансеризации пациентов не имеет четкого финансового обеспечения. Как правило, возмещается за счет средств бюджетов субъектов РФ;
- Доклинических стадий проявления заболеваний действующая программа диспансеризации населения не учитывает, скрининга или навигации здоровья по группам населения, включая детей, подростков и трудоспособных молодых лиц в ней не предусмотрено;
- Население, имеющее первую группу здоровья по результатам проведенной диспансеризации, т.е. не нуждающегося в медицинской помощи, остается без дальнейшего медицинского сопровождения;
- Программы поддержания здорового образа жизни не оформлены в виде целевых направлений дальнейшего ведения граждан первой группы здоровья в «постдиспансерном» периоде, что в дальнейшем может приводить к развитию патологических состояний у ранее здоровых людей.

Оптимальным решением было бы преобразование диспансеризации в постоянно действующие программы профилактики главных неинфекционных и инфекционных заболеваний, при которых эффективность скрининга доказана. Эти программы вполне реализуемы силами семейных врачей и участковых терапевтов.

Как известно, цель программ диспансеризации – своевременно выявить имеющиеся проблемы со здоровьем и направить работающего гражданина в соответствии с его группой здоровья для дальнейшего получения специализированной помощи в условиях поликлиник и (или) стационаров [34].

Отметим, что расходы на восстановление утраченного здоровья, выявленные по результатам проведенной диспансеризации, не имеют федеральных алгоритмов планирования. За счет средств федерации (федерального бюджета) через систему ОМС оплачивается лишь сама программа диспансеризации в государственных ЛПУ по утверждаемому плановому количеству человек с разбивкой по субъектам РФ: приемы

врачей-специалистов и определенные (ежегодно корректируемые) лабораторные анализы и инструментальные методы исследований [34].

Дальнейшие расходы на медицинское и (или) санаторно-курортное лечение, требующееся отдельным категориям работающих граждан, прошедших диспансеризацию, возложено на региональные бюджеты субъектов РФ. Наряду с объемно-финансовыми нормативами территориальных программ госгарантiiй, требуются дополнительные ресурсы для медицинского обеспечения постдиспансерных медицинских услуг.

Социальное страхование от несчастных случаев на производстве предусматривает возмещение вреда здоровью в силу производственного травматизма на рабочем месте, а также страховку на случай временной нетрудоспособности в период болезни. Бремя экономической ответственности за данные расходы, как известно, делятся также между работодателями и средствами ФСС.

Медико-санитарные части (цеховая медицина) ликвидированы на промышленных предприятиях России в период их приватизации. Осталась лишь хорошая память и от производственных санаториев-профилакториев, турбазах, спортивно-оздоровительных комплексах, подсобных хозяйствах и пр. сети социальной инфраструктуры на производстве. Именно в такого рода системной работе по оздоровлению работников промышленных предприятий был залог советской заботы о работающих гражданах, создающих экономический потенциал России.

Приоритет повышения качества здоровой жизни и ориентация на медицинские программы ЗОЖ, конечно, могут обойти стороной вопросы планирования безопасных для населения лекарственных препаратов, однако, мы понимаем, что без перерегистрации лекарственных препаратов с целью изъятия с рынка неэффективных, устаревших лекарственных препаратов невозможно решать задачу качества здоровой жизни.

Мы говорим об этом, потому, что при формировании государственных программ среднесрочного развития здравоохранения требуется реализация заявленных результатов, что может быть обеспечено только в гармонии со стратегией лекарственного обеспечения до 2025 г. [35]

При утверждении размера федерального (территориального) подушевого норматива финансирования амбулаторно-поликлинических на соответствующий год услуг следует справочно устанавливать список рецептурного назначения МНН под основные диагнозы, критические для здоровья населения субъектов РФ. Мы полагаем, что на перспективу следует в страховой модели медицинской помощи России предусмотреть поэтапный

переход на систему всеобщего амбулаторного лекарственного страхования и (или) государственного обеспечения населения.

В новых целевых программах, по нашему мнению, следует предусмотреть каким образом и через какие механизмы, в том числе финансовые, в перспективе до 2030 года государство планирует обеспечить граждан качественными и безопасными лекарственными препаратами. Нужны четкие модели возмещения стоимости лекарственных препаратов за государственный счет на базе утверждения федеральных рецептурных их списков в рамках ПГГ (программы госгарантий), а также четкие механизмы и размеры со-платежа со стороны населения (например, в процентах от утвержденной стоимости страхового года, дифференцированной по половозрастным коэффициентам). Представляется не рациональным рассматривать гарантированную медицинскую помощь в отрыве от лекарственной составляющей.

На первом этапе конкретизации лекарственного обеспечения населения России можно предложить ТФОМС выделять список гарантированных ЛС по международному непатентованному названию (так называемому МНН) в структуре тарифа законченного случая лечения в рамках КСГ в стационаре и дневном стационаре.

Все вышеописанные процессы модернизации содержательной части программы развития здравоохранения в среднесрочной перспективе не возможно решать без новых управленческих технологий.

#### 4 Механизмы мотивации служб государственного управления в рамках программно-целевого планирования показателей здоровья населения в среднесрочной перспективе (федеральный и региональный уровни управления)

Необходимостью коррекции институциональных, функциональных и правовых компонентов системы государственного администрирования провозглашено одной из мер административной реформы [36].

По оценкам некоторых специалистов [37], результаты административной реформы в Российской Федерации в целом неудовлетворительны, поскольку за годы ее проведения

(2006 - 2010 гг.) не удалось решить одну из ее главных задач: переориентировать деятельность органов управления на результат.

Как мы понимаем, невозможно обеспечить устойчивое развитие государства и его институтов, если не достигается эффективность государственного управления.

Государственное управление в здравоохранении, безусловно, должно быть ориентировано на потребности общества, включая право на здоровую жизнь, дающую развитие и самореализацию любому гражданину России.

Наше видение полностью совпадает с мнением Костина И.Б., Мамедова Н.М. [38] о том, что «....качество жизни, как многомерная характеристика зависимости физического, эмоционального и психического благополучия человека от экономических, социальных, экологических, политических и иных факторов» составляет основную ценность в жизни гражданина и человека, и основную задачу социально ориентированного государства [38].

При этом отметим, что эффективность управления в сфере здравоохранения зависит от деятельности отдельных должностных лиц, реализующих профессиональные обязанности на своем рабочем месте в органах публичной власти.

Вопросы администрирования публичных обязательств государства в сфере здравоохранения все больше стали подвергаться критике в последнее время, - с одной стороны [39]. А с другой, - выпущены профессиональные стандарты по ряду специалистов госорганов: бухгалтер, внутренний контролер, специалист по управлению персоналом, специалист в области закупок, программист и пр.

На наш взгляд, объективизация содержания трудовых функций при администрировании вопросов охраны и укрепления здоровья населения помогает конкретизировать критерии и показатели эффективности работников, занимающих руководящие должности в органах управления здравоохранения.

Некоторые авторы отмечают [40,41], что для надлежащего государственного управления недостаточно простого знания «...надлежащей теории управления, административного права...» [40], а также профессионализма управленческих кадров, их компетентности при решении конкретных проблем государственного управления. Требуется изучение мотивационных стимулов на различных иерархических уровнях осуществления государственных полномочий [41].

Осуществление публичного управления, например, на уровне субъектов Федерации, предполагает определение размера оплаты за результаты работы, имеются расчетные

показатели, предусмотренные существующими методиками оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации [42].

Стимулом для начала работ по разработке показателей эффективности руководителей во всех иерархических структурах системы государственного управления в социальной сфере, как известно, было положено в 2013 году распоряжением Правительства РФ [43].

В документе утвержден План мероприятий программы поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012 - 2018 гг., имеются указания на индикаторы эффективности руководителей органов управления и организаций системы образования, культуры, социального обслуживания и, конечно, здравоохранения [43].

Эксперимент по применению новых подходов к организации федеральной государственной гражданской службы и обеспечению деятельности гражданских служащих в ходе реализации федеральных программ (далее - эксперимент) проводится в федеральном государственном органе, его самостоятельном структурном подразделении либо в территориальном органе федерального органа исполнительной власти при условии, что это предусмотрено соответствующей федеральной программой [44].

В порядке эксперимента отрабатываются ключевые показатели эффективности (далее - КПЭ), формирующие целевые установки деятельности отдельных федеральных (региональных) гражданских служащих.

Соответственно, можно предложить состав основных КПЭ для оценки деятельности по обеспечению ЗОЖ и поддержанию качества здоровой жизни руководителей органов и учреждений системы здравоохранения. Предлагаем на первом этапе следующие показатели (составляющие критерии их «эффективного контракта» в рамках премирования за

результаты):

1. Позитивная динамика развития программ ЗОЖ в сфере здравоохранения (с учетом характеристики целевой половозрастной группы граждан).

Рекомендуемые показатели оценки:

положительная динамика доли I и II групп здоровья (по результатам диспансеризации населения по половозрастным группам с учетом действующего приказа Минздрава [34]);

динамика ведомственных программ ЗОЖ для трудоспособного населения, включенных в ОМС;

динамика ведомственных программ ЗОЖ для детей, подростков и молодежи, включенных в ОМС;

доля средств на развитие программ ЗОЖ в стоимости целевой программы развития здравоохранения.

2. Результаты реализации межведомственного взаимодействия по вопросам ЗОЖ (с учетом целевых сегментов граждан.)

Рекомендуемые показатели:

для государственных учреждений субъекта (ов) РФ, реализующих программы ЗОЖ;

доля средств бюджета (ов) субъекта РФ на реализацию программ ЗОЖ;

доля внебюджетных средств на реализацию программ ЗОЖ;

динамика межведомственных проектов ЗОЖ.

3. Экономическая эффективность программ ЗОЖ в здравоохранении.

Под эффективность программ ЗОЖ понимаются позитивные изменения, которые обеспечивают качественно новые результаты здоровья граждан (по половозрастным

группам) и (или) результаты иных социальных действий в соизмерении с затратами их обеспечивающими.

Рекомендуемые показатели оценки:

соотношение среднегодовой стоимости программ ЗОЖ (бюджетной, внебюджетной) со среднегодовой величиной доли I и II групп здоровья по результатам диспансеризации населения по половозрастным группам;

соотношения стоимости программ ЗОЖ и их количества (по годам и субъектам РФ);

соотношение бюджетных (внебюджетных) средств на реализацию программ ЗОЖ в общем объеме финансового обеспечения ведомственной целевой государственной программы и количества государственных учреждений, реализующих программы ЗОЖ.

#### 4. Социальная эффективность программ ЗОЖ.

Рекомендуемые показатели оценки:

наличие зафиксированных количественных и качественных результатов социальной активности (вовлеченности) граждан в программы ЗОЖ;

динамика изменения количества жалоб на отсутствие доступности бесплатных программ ЗОЖ, зафиксированное внешними по отношению к учреждениям службами.

динамика открытости информации о реализации программ ЗОЖ в государственных учреждениях;

изменение спроса на программы ЗОЖ в государственных учреждениях и (или) динамика востребованности государственных учреждений среди целевых потребителей программ ЗОЖ.

#### 5. Расширение (изменение) спектра случаев потребления услуг ЗОЖ в государственном задании для санаторно-курортных учреждений, реабилитационных центров (отделений), центров здоровья, работающих в системе обязательного социального (медицинского) страхования.

Рекомендуемые показатели оценки:

изменение динамики количественного соотношения случаев потребления услуг ЗОЖ в общем объеме обращений граждан в санаторно-курортные организации,

реабилитационные центры (отделения), центры здоровья и т.п., реализующие программы ОМС;

положительная (устойчивая) динамика расширения (изменения) спектра услуг ЗОЖ для трудоспособного застрахованного по ОМС населения;

положительная (устойчивая) динамика расширения (изменения) спектра услуг ЗОЖ для детей и подростков, молодежи, застрахованных по ОМС;

положительная (устойчивая) динамика расширения (изменения) форм предоставления услуг ЗОЖ, включая дистанционные консультации, информационные, телекоммуникационные платформы здравоохранения и гаджеты населения, оплачиваемых за счет средств ОМС.

6. Повышение профессионального мастерства медицинских, социальных и педагогических работников вопросах обеспечения и (или) сопровождения качества здоровой жизни.

Результаты могут быть представлены в виде зафиксированного участия учителей, врачей, социальных работников и пр. в общеобразовательных программах, иных мероприятиях повышения качества профессионального мастерства (семинары, конференции, конкурсы) разного уровня, в работе профессиональных ассоциаций или экспертных групп, публикаций о результатах реализации программ ЗОЖ (программах сопровождения качества здоровой жизни).

Рекомендуемые показатели оценки:

положительная (устойчивая) динамика системного привлечения педагогических, медицинских и социальных работников к участию в программах сопровождения качества здоровой жизни, программах ЗОЖ;

изменения количества положительных отзывов граждан (законных представителей), обращающихся в государственные учреждения о профессиональном мастерстве

педагогических, медицинских, социальных работников и пр. через систему анкетирования, опроса, рейтинга;

7. Развитие медицинского сопровождения информационного, коммуникационного и материально-технического обеспечения программ поддержания качества здоровой жизни населения, программ ЗОЖ.

Рекомендуемые показатели оценки:

положительная (устойчивая) динамика расширения (изменения) информационных коммуникаций медицинских работников с гражданами;

положительная динамика внедрения регламентов медицинского контроля занятий физической культурой, спортом и реализации программ оздоровления для всех групп работающих граждан, школьников, учащейся молодежи и пр.;

динамика обеспечения безопасности здоровья и жизни обучающихся школьников и студентов (санитарно-гигиенические условия, травматизм, школьное питание, психологический комфорт и т.д.);

динамика обеспечения безопасности здоровья и жизни трудоспособного населения (санитарно-гигиенические условия, травматизм, питание, психологический комфорт и т.д.);

Перечень критериев и показателей эффективности работы руководителей органов и учреждений сферы здравоохранения, представленный выше не является исчерпывающим и может быть разработан с учетом «дорожной карты» внедрения программ ЗОЖ на федеральном уровне управления в государственные программы развития здравоохранения – 2030, а также на региональном уровне управления.

В этой связи рассмотрим в качестве методической основы КПЭ для руководителей органов и учреждений здравоохранения некоторые «пионерные» программы медицинского сопровождения вопросов качества здоровой жизни.

Министерство Здравоохранения уже запустило проект «Здоровая Россия» [45], который призван повлиять на отношение россиян к своему здоровью, привлечь внимание к оздоровительным процедурам, избавлению от вредных привычек, употребления алкоголя, курения табака. Проект настроен на проведения массовых мероприятий, направленных на оздоровление, спортивных соревнований среди любителей, пропаганде здорового питания и занятия физической культурой и спортом [45]. Подобные проекты возникают и не под

эгидой МЗ РФ, как некоммерческие, но и как вполне коммерческие, например вэб-сайт <http://www.jv.ru>.

**5** Формирование новых коммуникационных платформ по вопросам ЗОЖ с обеспечением обратной связи «медицинское сообщество – население»: пример использования метода социологического мониторинга мнений руководителей и специалистов регионального здравоохранения

Средства массовой информации доказывают популярность выбора метода в области укрепления здоровья для их потенциала в изменении знаний, взглядов и некоторых аспектов поведения. Например, есть данные, свидетельствующие о том, что кампании в средствах массовой информации могут предотвратить курение среди молодых людей. В ряде исследований рекомендуется использовать кампании в средствах массовой информации для изменения поведения в отношении здоровья, и было выявлено, чтобы кампании в средствах массовой информации могли влиять на различные виды поведения, связанные с образом жизни, например физическую активность [46]

Интернет является одним из наиболее широко исследованных инструментов ИТ в области здравоохранения. Растет интерес к использованию Интернета для проведения кампаний по укреплению здоровья и ряда домашних исследований. Коммуникации о здоровье в Интернете имеет преимущество в широком охвате и простоте адаптации сообщений. Исследования показывают, что пользователи Интернет с большей вероятностью будут моложе, более образованными, имеют более высокие доходы и считают важным получать личную медицинскую информацию в электронном виде.

В таблице 4 представим этапы разработки коммуникационной платформы в СМИ (интернет изданиях) по вопросам укрепления здоровья, формирования ЗОЖ

Таблица 4 – Примерный перечень этапов формирования коммуникационных платформ (СМИ, интернет издания, телекоммуникационные площадках и пр.) по вопросам формирования ЗОЖ

Порядковый номер этапа работ (последовательность действий)	Перечень этапов формирования платформ в СМИ (интернете)
1	Проведение формативного исследования (целевая группа) Изучить доказательную базу Рассмотреть обоснование кампании
2	Использование теории Установить рамки и основу кампании
3	Сегментирование аудитории Определить характеристики целевой группы, включая социальные и психологические факторы и социальный маркетинг
4	Разработка сообщений Задать цели и задачи кампании, адаптированные к сегментации аудитории Задать фабулу, выбрать креативные методы
5	Использование эффективных каналов для целевых групп Определить медиа, срок, видимость сообщений
6	Распространение сообщений Распространить сообщений по релевантным каналам
7	Проведение оценки: процесс, влияние, результат Оценить реализацию, отклик, эффективность Соотнести с целями кампании

Как видно из таблицы 4, во-первых, предлагается провести предварительные исследования для определения важности цели. Во-вторых, следует использовать теорию. Теоретические модели могут быть адаптированы и применены к разработке коммуникационной кампании. Третий этап - сегментация аудитории. Это включает в себя определение демографических показателей целевой группы, важных социальных и психологических факторов, а также включение принципов социального маркетинга. Четвертый этап - разработка сообщения. Это включает формулирование целей и задач кампании, а затем разработку и тестирование сообщения для целевой аудитории. Пятый этап - выбор соответствующих каналов массовой информации, а также то, как информация будет передаваться по этим каналам, включая длину, продолжительность и время. После передачи сообщения последний этап включает проведение оценки для проверки реализации сообщения, воздействия и отзыва, чтобы обеспечить определение успешности целей кампании.

Современная медиа-среда отличается сложностью и многомерностью. В таких условиях нелегко эффективно привлечь внимание аудитории, когда существует так много

конкурирующих сообщений. Это требует особого внимания к персональным характеристикам людей и учета их установок.

Постоянно растущее неравенство в отношении здоровья среди групп населения, имеет решающее значение для сокращения коммуникационных барьеров, особенно тех, которые связаны с ограниченной грамотностью, языком, культурой или инвалидностью. Лучшие подходы к коммуникациям в здравоохранении предполагают учет уникальных характеристик, интересов и культурные особенности целевых аудиторий. Это означает, что эффективное взаимодействие должно быть стратегически проработано для четкой сегментации аудитории на однородные группы людей [47].

Например, низкая грамотность в отношении здоровья, ставшая очевидной за последние 2 десятилетия, стала важной коммуникационной проблемой.

Всемирная организация здравоохранения определяет «грамотность в отношении здоровья» как «когнитивные и социальные навыки и умения людей получать доступ, понимать и использовать информацию для поддержания хорошего здоровья» [48].

Исследование грамотности взрослых, проведенное в 25 странах, показало, что низкая грамотность среди здоровья является мировой проблемой. Национальный опрос в США обнаружили, что около 90 миллионов взрослых имели ограниченную грамотность в области здоровья [49]. Очевидно, что коммуникация в области здравоохранения должна быть сконструирована так, чтобы точно соответствовать уровню грамотности людей.

Однако более 800 исследований подтверждают, что большинство медицинских данных изложено на уровне, который значительно превосходит способность людей понять его [50]. Мероприятия в области электронного здравоохранения должны быть разработаны для эффективного взаимодействия с пользователями независимо от их уровня подготовки.

Использование соответствующего и интересного языка, графические, видео и аудиоклипы могут повысить доступность информации.

В то время как коммуникация в области здравоохранения, как правило, направлена на конкретного потребителя, процесс инициирования и поддержания изменений в жизни осуществляется в контексте семьи, сообщества и других культурных сред. Включение темы здоровья в коммуникации в контексте жизни также может оказывать положительное влияние на решение проблем здравоохранения. Приложения для социальных сетей идеально подходят для интеграции аудитории социальных сетей и решения актуальной проблематики здоровья.

Основываясь на прошлых результатах коммуникации в области здравоохранения, общий вывод заключался в том, что межличностные подходы более эффективны, чем вмешательство средств массовой информации в изменении индивидуального поведения, но

персональные приложения, как правило, слишком дороги и слишком ограничены в охвате, чтобы влиять на все население. Напротив, использование средств массовой информации, как полагают, имеет широкий охват при более низких затратах, но обычно не так лично привлекательны и эффективны в изменении поведения. Однако Хорник [51], Неаполь [52] и другие считают, что использование инновационных приложений электронного здравоохранения может обеспечить синергический вклад массовых и межличностных средств массовой информации, необходимых для осуществления изменений на индивидуальном, институциональном и социальном уровнях.

Например, использование специализированных информационных систем здравоохранения, поставляемых через веб-сайты и веб-порталы, имеет потенциал к объединению как межличностных, так и массовых форм коммуникации. Индивидуальные системы сообщений способствуют взаимодействию между пользователями и компьютерными системами, которые имитируют межличностное общение, позволяя потребителям задавать вопросы, получать ответы, а также отвечать на вопросы, инициированные компьютерной системой. Достижения в области искусственного интеллекта направляют разработку соответствующих интерактивных сообщений и запросов, которые основаны на сохраненной информации о пользователях компьютеров, а также на заявлениях и ответах на вопросы пользователей, поэтому взаимодействие является уместным, персонализированным и эффективным.

Использование аватаров может еще больше повысить личную интерактивность информационных систем здравоохранения. Интерактивные веб-функции, такие как живой чат и поддержка клиентов, также улучшают межличностную интерактивность систем. Интегрируя межличностные и мультимедийные подходы к коммуникации, приложения

eHealth могут сочетать аспекты высокого контакта и широкого охвата коммуникаций в области здравоохранения.

Коммуникация все больше понимается как средство индивидуального и социального изменения уровня для достижения установленных целей в области развития, включая здоровье [53].

На рисунке 4 представлена обобщенная модель коммуникаций «потребитель-врач».

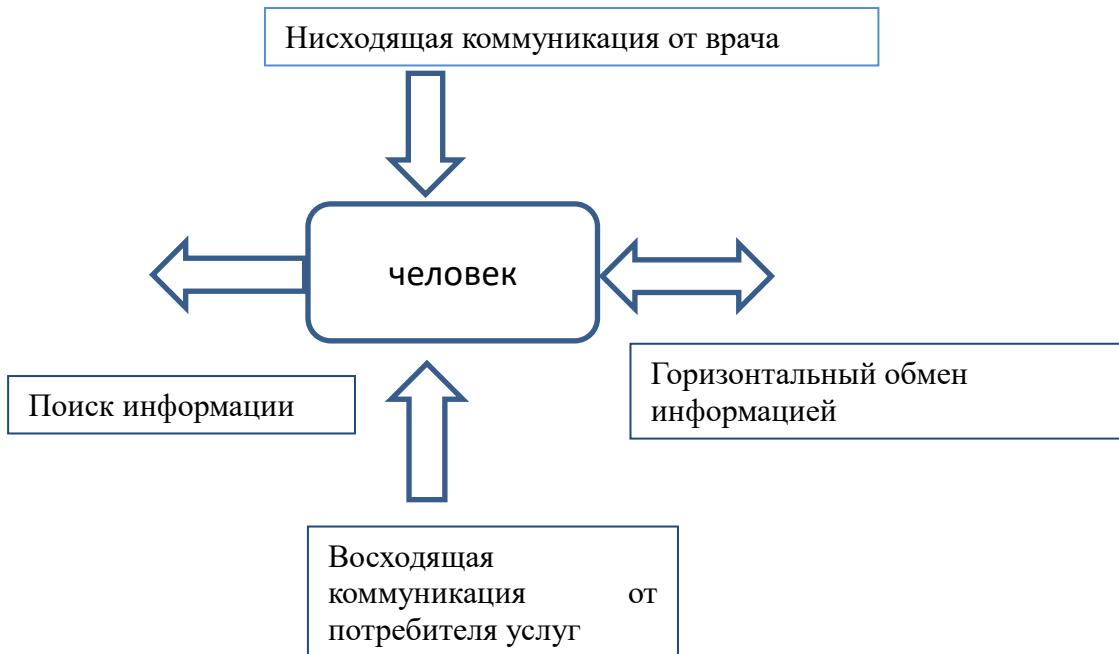


Рисунок 4 - Обобщенная модель коммуникаций «потребитель-врач» с элементами поиска информации о медицинских услугах и возможностями обмена мнениями среди пациентов

Существует множество социальных факторов, которые могут влиять на коммуникации, включая возраст, пол, социальный класс, этническую принадлежность, социальный статус, язык, социальные отношения (например, роли или сценарии). Таким образом, в более широкой среде, в которой происходит связь, существуют значимые факторы, которые влияют на процесс коммуникации. Это все факторы или черты, будут варьироваться от человека к человеку и влиять на различные процессы коммуникации.

Коммуникация должна быть разработана с учетом ряда социальных факторов целевой группы. На практике социальные факторы являются пакетом.

Так, например, Ойедиран К.А. и его коллеги [54] обнаружили, что уровень образования, место жительства в детстве, регионе, религиозная принадлежность, индекс

экономического статуса и воздействие средств массовой информации были связаны с сексуальным опытом и использованием средств контрацепции.

Крупномасштабные кампании в средствах массовой информации призваны учитывать социальные факторы аудитории и иметь четкий возраст, пол, социально-экономический статус / уровень образования и этнические группы при разработке кампании. Исследование Ваньони К.Л и соавторов предполагает наличие влияния этих социальных переменных на результаты [55].

Коммуникация в здравоохранении укрупненно включает 3 категории: межличностная, организационная, публичная/массовая (таблица 5).

Таблица 5 - Классификация коммуникационных категорий: суть и определения (составлено авторами на основе [56])

Категория коммуникации	Определение	Пример
Межличностная	Индивидуальная коммуникация, один-на-один	Врач с пациентом
Организационная	Коммуникация в среде, в которой люди живут и работают	Офис, ВУЗ, школа, торговый центр, медицинская (страховая) организация
публичная/массовая	Коммуникация в широких сообществах и средствах массовой информации	СМИ, политические и структурные каналы

В зависимости от целей и приоритетов коммуникации используется одна из вышеописанных категорий или их сочетание. Например, для информирования населения о проводимых реформах или особенностях распространения и профилактики заболеваний подойдет массовая коммуникация.

На основе анализа теоретического знания в области коммуникации для целей исследования выделено 2 группы теорий:

- Когнитивные теории, которые утверждают, что определённый набор убеждений позволяет предсказать поведение:  
-модель запланированного поведения широко используется для понимания и предсказания поведение и позволяет програмировать его с помощью коммуникаций. Примером здесь

выступают борьба с курением, ожирением и другими социально моделируемыми заболеваниями;

-модель убеждений в отношении здоровья работает на уровне индивидуальных убеждений, насколько уязвимым человек чувствует себя по отношению к тем или иным проблемам в области здоровья.

б) Ступенчатые теории, подразумевающие, что индивид меняется постепенно, а не является постоянным воплощением своих убеждений. Каждый шаг на пути изменений ведет к достижению определенной поведенческой модели:

-транстеоретическая модель (TTM) изменения поведения. Центральная организационная конструкция в теории - это этапы изменения, которые представляют собой пять различных этапов готовности к изменению поведения, начиная от неготовности к изменениям (предобдумывание), мышления об изменении (обдумывание), подготовке к изменению (подготовка к действию), изменение (действие), поддержание изменений (техническое обслуживание). Модель отводит значимое место проработке сообщений в рамках коммуникации. Прежде всего, сообщения должны быть нацелены и адаптированы к этапам изменений и, где возможно, другим переменным модели. Исследования показывают, что TTM успешно применяется к коммуникационным кампаниям в области здравоохранения – увеличение подвижности среди старших возрастных групп, балансирование режима питания и т.п.

-процесс поведенческих изменений. Коммуникация рассматривается как процесс, в рамках которого люди передвигаются по ступеням поведенческих изменений: неосознанность, наблюдение, подготовка, действие, поддержание, прекращение/пропаганда /

трансцендентность. Коммуникационные сообщения выстраиваются в зависимости от того, на каком этапе развития находится адресат.

В таблице 6 представим описание моделей коммуникаций в рамках рассмотренных выше теорий.

Таблица 6 - Обоснование выбора моделей в зависимости от задач построения коммуникаций

Модель	Ключевые переменные	Примеры установок	Примеры тем
Теория запланированного поведения	Отношение Субъективный термин Контроль воспринимаемого поведения Поведенческие намерения Поведение	Групповые установки: церковь, школы, университеты, офисы Более широкие установки: сообщества, города	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Физическая активность</li> <li>• Предотвращение несчастных случаев</li> <li>• Борьба с курением</li> <li>• Злоупотребление алкоголем</li> </ul>
Модель убеждений в отношении здоровья	Восприимчивость Воспринимаемая тяжесть Воспринимаема угроза Воспринимаемые преимущества Воспринимаемые барьеры Сигнал к действию	Групповые установки: церковь, школы, университеты, офисы	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Физическая активность</li> <li>• Сексуальное здоровье</li> <li>• Вакцинация</li> <li>• Смена рациона питания</li> </ul>
Транстеоретическая модель или процесс смены поведения	неосознанность, наблюдение, подготовка, действие, поддержание, повторение	Групповые установки: церковь, школы, университеты, офисы Сервисные установки: группы по борьбе с курением, обследования	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Физическая активность</li> <li>• Борьба с курением</li> <li>• Злоупотребление алкоголем</li> <li>• Предупреждение несчастных случаев</li> <li>• Скрининг рака</li> <li>• Рацион питания</li> </ul>

Использование средств массовой информации в области здравоохранения тесно связано с достижением целей укрепления здоровья и по-прежнему является привлекательным способом содействия здоровью для более широкого населения.

Для целей выявления предмета коммуникаций с общественностью по вопросам реформирования отечественного здравоохранения и изменения парадигмы развития с акцентом на здоровье, важны также механизмы пилотных опросов. Здесь приведем данные опроса, проведенного авторами доклада в 2017 году.

Социологическим опросом было подвергнуто 100 сотрудников здравоохранения в марте-апреле 2017 года. Цель опроса - выяснение результативности мер социальной политики, направленных на сохранение и укрепление здоровья граждан России. Он показал

состояние общественного мнения в медицинской среде к актуальным проектам, принятым к исполнению в конце 2016 г.

Для опроса были сгруппированы программы (проекты) по развитию отрасли, а анкетируемым работникам отрасли следовало расставить рейтинг приоритетов данных направлений для повышения социальной эффективности отрасли.

Выделим следующие основные этапы составления программы социологического исследования, выполненного авторами доклада.

- Формулировка проблемы или главной цели исследования;
- Определение целей, задач, объекта и предмета исследования;
- Логический анализ основных понятий;
- Выдвижение гипотез;
- Определение выборочной совокупности;
- Составление инструментария;
- Проверка инструментария в пилотном исследовании;
- Составление плана проведения полевого исследования;
- Полевое исследование;
- Математическая обработка и интерпретация полученных данных;
- Подготовка аналитической записки, научного отчета.

Опрос руководителей и специалистов регионального здравоохранения проводился в городах России: Нижневартовск, Сургут, Екатеринбург, Москва, Ялта.

Нами были определены следующие категории респондентов:

- Руководитель органа управления здравоохранением;
- Руководитель (директор) в системе медицинского страхования;
- Главный врач медицинской организации;
- Заместитель руководителя организации (включая систему медицинского страхования);
- Заместитель главного врача;
- Руководитель административно-управленческого подразделения организации;
- Заведующий отделением в медицинской организации (службой, кабинетом и т.д.);
- Главный специалист, специалист органа управления здравоохранением;
- Иные работники организаций здравоохранения с высшим и средним медицинским образованием;
- Сотрудники организаций здравоохранения (включая систему медицинского страхования), не имеющие медицинского образования.

В таблице 7 представлен должностной статус респондентов.

Таблица 7 – Занимаемая должность в настоящее время (для респондентов социологического опроса)

Варианты ответов	Частота	Процент
1. Руководитель органа управления здравоохранением	8	10,5
2. Руководитель (директор) в системе медицинского страхования	3	3,9
3. Главный врач медицинской организации	8	10,5
4. Заместитель руководителя организации (включая систему медицинского страхования)	10	13,2
5. Заместитель главного врача	19	25,0
6. Руководитель административно-управленческого подразделения организации	8	10,5
7. Заведующий отделением в медицинской организации (службой, кабинетом и т.д.)	1	1,3
8. Главный специалист, специалист органа управления здравоохранением	1	1,3
9. Иные работники организаций здравоохранения с высшим и средним медицинским образованием	2	2,6
10. Сотрудники организаций здравоохранения (включая систему медицинского страхования), не имеющие медицинского образования	9	11,8
11. Другое	6	7,9
Итого	75	98,7
Пропущенные	1	1,3
Итого	76	100,0

Мы видим (таблица 7), что число респондентов вошли как высокопоставленные руководители, определяющие политику и отвечающие за координацию и выполнение различных федеральных и региональных программ здравоохранения, так и руководители: главные врачи медицинских организаций и их заместители. Среди опрошенных были также руководители и специалисты разного должностного уровня из страховых компаний, медицинских организаций. Таким образом, в опросе участвовали эксперты, профессионалы отрасли здравоохранения: специалисты и руководители. Несмотря на пилотный характер исследования, полученные данные являются

репрезентативными. Подчеркнем, что стаж занимаемой должности в здравоохранении для всей совокупности опрашиваемых специалистов составлял не менее 10 лет.

Ниже представлены оценки сотрудниками регионального здравоохранения полученного эффекта от проектов профилактики заболеваемости и внедрения здорового образа жизни среди населения<sup>2</sup> (таблица 8).

Таблица 8 - Оценка результативности мер социальной политики, направленных на сохранение и укрепление здоровья граждан России (по мнению опрошенных 100 респондентов-руководителей и специалистов регионального здравоохранения г. Сургут, Нижневартовск, Екатеринбург, Ялта, Москва, проведенного авторами доклада в 2017г.)

Направление мер социальной политики	Хороший эффект	Средний эффект	Пока нет эффекта	Затрудняюсь ответить	Итого
Принятие пакета «антитабачных законов»	26,4	48,6	18,1	6,9	100
<i>Сумма положительных ответов</i>	<i>75,0%</i>				
Приоритет программ диспансеризации населения для профилактики заболеваемости	25	52,8	18,1	4,2	100
<i>Сумма положительных ответов</i>	<i>77,8%</i>				
Действенность мер профилактики и борьбы с онкологическими заболеваниями	19,4	38,9	27,8	13,9	100
<i>Сумма положительных ответов</i>	<i>58,3%</i>				
Действенность мер профилактики и борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями	29,2	40,3	16,7	12,5	100
<i>Сумма положительных ответов</i>	<i>69,5%</i>				

Как видно из таблицы, для наглядности мы провели суммирование положительных оценок. Рассмотрим в сравнении и по убыванию первые четыре направления, на наш взгляд, логически связанные и призванные дать требуемые социальные результаты.

- Более трех четвертей опрошенных специалистов, т.е. абсолютное большинство, отмечают положительный эффект от придания приоритета программам диспансеризации населения для профилактики заболеваемости (77,8%);
- Также три четверти опрошенных специалистов, т.е. абсолютное большинство, отмечают положительный эффект от принятия пакета «антитабачных законов» (75,0%);

- Более двух третей опрошенных специалистов отмечают действенность мер профилактики и борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями (69,5%);
- Более половины опрошенных специалистов отмечают действенность мер профилактики и борьбы с онкологическими заболеваниями (58,3%).

Проверка выдвинутых авторами социологического опроса гипотез о развитии персонифицированных, пациент ориентированных программ в медицинских учреждениях исследуемых городов показала следующее.

В целом, уровень пациент ориентированности большинства сотрудников медицинских учреждений является средним или низким (гипотеза нашла подтверждение в таблице 9).

Таблица 9 – Оценка респондентами уровня пациент ориентированности медицинских работников в своем регионе (по данным опроса 100 руководителей и специалистов регионального здравоохранения в г. Сургут, Нижневартовск, Екатеринбург, Ялта, Москва, проведенного авторами доклада в 2017 году)

Статус медицинских работников	Высокий уровень	Средний уровень	Низкий уровень	Затрудняюсь ответить	Нет ответа	Итого
Врачи общей практики первичного звена ЛПУ	18,4	46,1	18,4	9,2	7,9	100
Врачи-специалисты первичного звена ЛПУ	17,1	51,3	19,7	3,9	7,9	99,9
Медицинские сестры первичного звена ЛПУ	9,2	65,8	13,2	3,9	7,9	100
Врачи специализированной помощи в условиях стационара	26,3	55,3	3,9	6,6	7,9	100
Медицинские сестры стационаров	22,4	53,9	9,2	6,6	7,9	100
Младший персонал МУ (медрегистраторы, санитарки и др.)	13,2	42,1	26,3	10,5	7,9	100
Врачи центров по оказанию высокотехнологичной специализированной помощи	46,1	22,4	2,6	19,7	9,2	100
Медицинские сестры центров по оказанию высокотехнологичной специализированной помощи	44,7	21,1	3,9	21,1	9,2	100

Как видно, высокий уровень ориентации на потребности и нужды пациентов отмечен при оказании высокотехнологичной помощи, а низкий в поликлиниках. Вместе с теми, доля не ответивших по персоналу центров ВМП составляет около 30%.

---

<sup>2</sup> Пилотный опрос проведен авторами НИР в марте – мае 2017 года в г. Нижневартовске, Сургуте, Москве, Екатеринбурге. Общее число опрошенных 72 респондента.

Сотрудники отрасли также мало информированы о требованиях, компетентности и результатах работы центров ВМП.

Пациент ориентированность медицинских учреждений зависит от сложившейся практики работы в организации, регламентов и стандартов, их реального исполнения персоналом МУ. Сотрудники медицинских учреждений могут выявить определенные тенденции в отношении к своему здоровью пациентов трудоспособного возраста в последние годы (2013-2016 гг.). Можно прогнозировать рост озабоченности собственным здоровьем и младших членов семьи (детей, подростков).

В начале подготовки к опросам, мы ошибочно предполагали, что должны быть замечены первые результаты введения института страховых представителей в страховых медицинских организациях системы обязательного медицинского страхования(ОМС), их влияния на усиление пациент ориентированности системы здравоохранения. К сожалению, в процессе сбора и обработки данных опросов это не подтвердилось.

Основные результаты и выводы исследования по теме пациент ориентированности медицинских учреждений, таким образом можно сформулировать следующим образом.

Уровень пациент ориентированности МУ изменяется на разных этапах работы с пациентом в клинике, что должно быть подтверждено текущими мероприятиями во всех медицинских организациях. Однако, в практическом здравоохранении, как показали данные опросов руководителей и специалистов здравоохранения, выявлены особенности работы персонала организаций с пациентами.

Выделим первый этап – обращение в медицинскую организацию. Здесь две трети респондентов зафиксировали обязательность приоритетного внимания пациентам в остром состоянии нездоровья, взятие у него анализов и привлечение команды специалистов для качественной и быстрой диагностики состояния больного. Вопросы информирования пациентов об их правах на получение медицинских услуг по ОМС осуществляются в обязательном порядке в половине медицинских учреждений (далее -МУ) (52,6%), «иногда» - в 30%. По «ОМС+» (программы сверх бесплатных гарантий) число ответов падает, до 20% доходит доля не давших ответа. Примерно в каждом третьем случае пациенты информируются «всегда», в каждом четвертом: «иногда», в каждом пятом: «никогда». По системе ДМС информирование пациентов также имеет низкий уровень. Странно, что на вопрос по информированию пациентов о платных услугах МУ, большинство респондентов не ответило.

На втором этапе- при коммуникациях по поводу назначений лечения, как известно, важна правильная маршрутизация пациента и быстрая доставка в специализированное МУ, что часто являются определяющим фактором успешности дальнейшего лечения. Более

половины респондентов отмечают, что так и делается «всегда». В то же время 30% отмечают ситуационность такой практики, выбирая ответ: «иногда». Ответы респондентов показывают, что командные методы работы в стационарах для повышения качества медицинской помощи применяются (около 40% - «всегда» и столько же – «иногда»), а значительная часть респондентов затруднились с ответом.

Ответы респондентов показывают, что использование базы данных «личного кабинета» в электронном виде для ускорения постановки диагноза, пока является редкой практикой: один из семи случаев: «всегда», большая доля респондентов, затруднившихся с ответом, более одной трети выбрали «иногда», чуть меньше тех, кто выбрал: «никогда».

Третий этап – постстационарное (постполиклиническое) взаимодействие с пациентами и членами его семьи (представителями пациента) находится в стадии становления, о чем свидетельствуют ответы на вопросы о программе ЗОЖ, ее курации лечащими врачами, а также распространенность самолечения и обращений к нетрадиционной медицине. На этапе выписки пациента, завершении случая лечения, - с ним разрабатывается программа здорового образа жизни (ЗОЖ) «всегда» = 17%, «Иногда» =36%, т.е., в некоторых организациях такая практика имеет место. С пациентом поддерживается связь после выписки (завершения лечения) в стационаре и поликлинике не всегда. Так, для контроля его состояния и приверженности ЗОЖ в течение 3-х месяцев, в т.ч. с использованием информационных технологий, связь с пациентом поддерживают «всегда» = 8%, «иногда» =34%, «никогда» = 37%.

При ответе на эти вопросы о формировании индивидуальных программ ЗОЖ преобладающими вариантами ответов являются: «иногда» или «никогда». Это реально отражает существующую в отрасли практику, что свидетельствует о низком уровне пациент ориентированности МУ на завершающем этапе коммуникаций с ним медиков, завершивших лечебные мероприятия.

Отметим, что связано с этим процессом пациент ориентированности МУ умение быть единомышленниками с семьей пациентов, там, где лечение требуют длительного восстановительного периода вне стен медицинской организации. Ответы респондентов показали, что нет постоянной практики информирование семьи даже о нахождении пациентов в МУ: это бывает только в 25% всех случаев, а в 37% случаев это делается иногда, по обстоятельствам, может быть по просьбе пациента. При этом, связь с лечащим врачом по месту прикрепления «всегда» бывает только в каждом пятом случае, с такой же частотой этого не делают «никогда», в каждом третьем случае - «иногда».

При оценке респондентами тенденций в отношении населения трудоспособного возраста к своему здоровью в последние годы (2013-2016 гг.) по направлениям: ЗОЖ и

диспансеризация, отмечается, что приверженность ЗОЖ (59%) и озабоченность здоровьем своих детей (66%), по мнению более половины опрошенных медицинских работников такая тенденция возрастает. В то же время, по регулярности прохождения диспансеризации гражданами фиксируют прежний уровень: больше половины респондентов (55%) отмечают отсутствие изменений, только 30% респондентов считают, что активность прохождения гражданами ежегодной диспансеризации возрастает.

По курению и алкоголю преобладают тенденции сохранения прежнего уровня потребления (45% и более ответов) и некоторые респонденты отметили снижение потребления (40% ответов по курению и каждый третий – по алкоголю). Доля ответов о возрастании потребления значительно меньше.

По употреблению населением трудоспособного возраста различных видов наркотиков более трети опрошенных специалистов отрасли отмечают тенденцию снижения потребления, и почти столько же – не владеют ситуацией. Каждый пятый-шестой опрошенный отмечает прежний уровень потребления, почти столько же тех, кто отмечает возрастание потребления.

По самолечению и обращению к нетрадиционной медицине каждый третий респондент отмечает сохранение тенденции. Более 40% опрошенных работников государственной и частной системы здравоохранения отмечают рост самолечения лекарственными средствами по рекламе СМИ. 30% считают, что идет рост обращений к нетрадиционной медицине, а лишь каждый 4-й отмечает тенденцию снижения.

Одновременно с этим, более 40% опрошенных специалистов здравоохранения фиксируют сохранение тенденции обращения в МУ при запущенном случае заболевания, еще 30% считают, что эта тенденция возрастает, а только 16% отмечают снижение обращаемости с запущенными случаями. Таким образом, более 70% экспертов отмечают крайнюю тревожность ситуации.

В ходе социологического мониторинга мнений руководителей и специалистов регионального здравоохранения, проведенного авторами доклада, выявлены группы населения, редко обращающиеся за первичной медико-санитарной помощью,

следовательно, редко обращающиеся и за другими видами медпомощи (по убыванию доли ответов):

- Работающая молодежь (25-30 лет) – мужчины - 73,6%;
- Студенческая, рабочая молодежь (до 25 лет) - 69,4%;
- Работающая молодежь (25-30 лет) – женщины - 66,7%;
- Работающее население среднего возраста (от 30 до выхода на пенсию) – мужчины - 56,9% (таблица 10).

Оценка активности разных социально-демографических групп населения, как пользователей специализированной помощи в амбулаторно-поликлинических условиях представлена в таблице 10.

Таблица 10 - Ответы 100 руководителей и работников здравоохранения по вопросу потребления населением разных социально-демографических групп амбулаторно-поликлинических услуг (опрос проведен авторами доклада в г. Сургут, Нижневартовск, Екатеринбург, Ялта, Москва в 2017 году)

Социально-демографическая группа	Частые посещения	Средний уровень	Редкие посещения	Затрудняюсь ответить	Нет ответа	Итого
Дети дошкольного возраста	40,3	27,8	13,9	9,7	8,3	100
Дети школьного возраста	18,1	41,7	18,1	12,5	9,7	100,1
Студенческая, рабочая молодежь (до 25 лет)	1,4	18,1	55,6	13,9	11,1	100,1
Работающая молодежь (25-30 лет) – женщины	2,8	22,2	51,4	12,5	11,1	100
Работающая молодежь (25-30 лет) – мужчины	2,8	16,7	56,9	12,5	11,1	100
Работающее население среднего возраста (от 30 до выхода на пенсию) – женщины	13,9	40,3	26,4	9,7	9,7	100
Работающее население среднего возраста (от 30 до выхода на пенсию) – мужчины	12,5	33,3	31,9	11,1	11,1	99,9
Работающее население пенсионного возраста – женщины	29,2	40,3	12,5	8,3	9,7	100
Работающее население пенсионного возраста – мужчины	25	38,9	15,3	9,7	11,1	100
Неработающее население пенсионного возраста – женщины	52,8	22,2	6,9	8,3	9,7	99,9
Неработающее население пенсионного возраста – мужчины	40,3	29,2	6,9	9,7	13,9	100
Другое (напишите)	5,6	4,2	1,4	16,7	72,2	100,1

Как видно, к группам населения, редко обращающиеся за специализированной помощью в амбулаторно-поликлинических условиях, по убыванию доли ответов относятся (по мнению респондентов): работающая молодежь (25-30 лет) – мужчины -

56,9%; студенческая, рабочая молодежь (до 25 лет) - 55,6%; работающая молодежь (25-30 лет) – женщины - 51,4%.

При этом, мы отметили, что среди отмеченных респондентами групп населения, редко обращающиеся за специализированной помощью в условиях стационара, по убыванию доли ответов есть пересечения с вышеуказанной тенденцией: студенческая, рабочая молодежь (до 25 лет) - 66,7%; работающая молодежь (25-30 лет) – мужчины - 61,1%; работающая молодежь (25-30 лет) – женщины – 59,7%; работающее население среднего возраста (от 30 до выхода на пенсию) – мужчины - 37,5%.

Оценка 100 респондентами в указанных субъектах России уровня пациент ориентированности медицинских работников в своем регионе показывает: респонденты по всем уровням МУ определили, что врачи и медсестры имеют «средний уровень пациент ориентированности» - большая доля ответов. И только врачи и медсестры центров по оказанию высокотехнологичной специализированной помощи большую долю ответов получили в варианте: «высокий уровень пациент ориентированности», каждый пятый считает его средним, и каждый пятый затруднился с ответом. Вместе с теми, доля не ответивших по персоналу центров ВМП составляет около 30%. Видимо, сотрудники отрасли пока мало информированы о требованиях, компетентности и результатах работы центров ВМП.

При оценке респондентами роли страховых медицинских организаций (СМО) в защите прав пациентов, преобладающий вариант ответа: работают только по обращениям, заявлениям пациентов (их представителей)- около 60% респондентов; периодически контролируют соблюдение прав пациентов - каждый пятый ответ. Оценка респондентами первых результатов работы института страховых представителей в СМО системы ОМС показала улучшение ситуации. Каждый пятый отметил активизацию работы страховых компаний по контролю качества оказания медицинской помощи в ЛПУ. Почти столько же отмечают активизацию работы страховых компаний диспансеризации трудоспособного населения. В итоге, две трети опрошенных отмечают активизацию работы страховых компаний по вопросам диспансеризации различных групп населения. В то же время, около трети респондентов ответило: «ничего не знаю про страховых представителей», что говорит о недостаточной информированности сотрудников МУ.

Отвечая на вопрос: Знакомы ли Вы с работой региональных представителей Национальной медицинской палаты (руководитель Рошаль Л.М.), каждый шестой отметил периодические встречи по инициативе одной из сторон, а каждый десятый

отметил регулярность этих встреч. Наиболее популярным стал ответ: Практически не общаемся - 42% ответов, еще 25% уклонились от ответа.

При оценке мер профилактики различного вида болезненных зависимостей населения (таблица 11), отмечается следующее.

В профилактике наркотической и алкогольной зависимости среди взрослого населения: 44% отмечают определенный эффект и 44% отмечают отсутствие эффекта. В профилактике наркотической зависимости среди молодежи, детей и подростков 55% отмечают определенный эффект и 36% отмечают отсутствие эффекта. В развертывании антинаркотической пропаганды 57% отмечают определенный эффект и 37% отмечают отсутствие эффекта.

В развертывании программы по пропаганде здорового образа жизни (ЗОЖ) 72% отмечают определенный эффект и 22% отмечают отсутствие эффекта.

Таблица 11 – Оценка мер профилактики различного вида болезненных зависимостей населения 100 руководителями и специалистами регионального здравоохранения городов: Сургут, Нижневартовск, Екатеринбург, Ялта, Москва, проведенного авторами доклада в 2017

Направление мер	Хороший эффект	Средний эффект	Пока нет эффекта	Затрудняюсь ответить	Итого
Профилактика наркотической и алкогольной зависимости среди взрослого населения	6,9	37,5	44,4	11,1	100
<i>Сумма положительных ответов</i>	44,4%				
Профилактика наркотической зависимости среди молодежи, детей и подростков	9,7	45,8	36,1	8,3	100
<i>Сумма положительных ответов</i>	55,5%				
Развертывание антинаркотической пропаганды	19,4	37,5	37,5	4,2	100
<i>Сумма положительных ответов</i>	56,9%				
Развертывание программы по пропаганде здорового образа жизни (ЗОЖ)	26,4	45,8	22,2	5,6	100
<i>Сумма положительных ответов</i>	72,2%				

Мы должны понимать, что может иметь место некоторое завышение оценки вследствие проявления корпоративной солидарности людей, работающих в одной отрасли. В то же время, будучи взрослыми и социально ответственными людьми, вряд ли респонденты склонны к недооценке опасностей втягивания детей в различного рода зависимости.

В любом случае, мы видим, что усилия Министерства здравоохранения России по развертыванию программы по пропаганде здорового образа жизни, мер по оздоровлению населения всех возрастов, профилактике заболеваемости и зависимостей поддерживаются работающими в отрасли. Для того, чтобы эти усилия имели больший эффект, темы здоровья, здорового образа жизни, различных практик поддержания и укрепления здоровья должны стать модой, ведущей темой СМИ, работы журналистов и социологов.

Эти темы всегда должны быть в «Повестке дня», а повестку формируют СМИ. Следовательно, для реализации действительно проактивной профилактической медицины главные врачи, ведущие специалисты, организаторы здравоохранения в регионах и в столицах должны постоянно работать над формированием повестки дня, посвященной профилактике заболеваний, лучшей практике ЗОЖ и т.п. Они должны быть убедительны, т.е. точно верить в то, что они говорят, понимать, что они работают на высшем уровне ценностей, а не на меркантильном интересе, что они выполняют миссию, а не «делают бизнес».

Если повестка дня нации будет формироваться из приоритета здоровья, его укрепления, профилактики заболеваний, то именно об этом будут говорить и политики, и самые различные группы населения. Именно возвращение к национальным истокам пуританской нравственности, опоры на собственные силы, осознания себя субъектом собственной жизни, позволило многим американцам вырваться из пут бесконечного «потребительства», сформировать в собственной повестке дня время для бега трусцой, для правильного питания для занятий йогой или другими практиками.

Коммуникационная платформа темы здоровья, сохранения умственной и физической активности долгожителями, развития правильной речи детей и молодежи, - актуальная тема для каждой семьи и каждого человека. Задача стратегов, организаторов системы национального и регионального здравоохранения – сделать ее самой важной темой в каждой повестке дня! В ней должны присутствовать грамотные интервью со специалистами, с активом ЗОЖ разных поколений, публиковаться результаты опросов,

результатов изучения общественного мнения. Следовательно, стратегам требуется освоить налаживание сотрудничества с журналистами и социологами.

Нам представляется, что должна быть создана система общенациональных опросов общественного мнения по вопросам ЗОЖ и всей профилактической проблематики. Встает вопрос ее финансирования, он должен быть решен. В дальнейшем регулярный мониторинг общественного мнения по актуальнейшей тематике здравоохранения, позволит выделять наиболее «горячие точки» недоработки системы, фиксируемые через изучение общественного мнения.

Программы государственных гарантий предоставления медицинской помощи создают механизм осуществления социальной справедливости в обществе через доступность главных общественных благ.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Приоритетом социальной политики государства в сфере охраны здоровья населения является: сохранение и улучшение здоровья нации. На решение этой задачи направлены: персонификация финансирования служб здравоохранения; повышение культуры и качества медицинского обслуживания населения; модернизация материально-технической базы медучреждений; активная мотивация граждан к здоровому образу жизни; внедрение государственных стандартов в сфере медицинского обслуживания и здоровья населения.

Реформа здравоохранения 2011 – 2016 гг. в целом способствовала решению этой задачи через использование законотворческих инициатив по запрету курения в общественных местах, укреплению первичного звена здравоохранения, введению обязательной диспансеризации, укреплению материально-технической базы отрасли. Работа над созданием образа «дружелюбной поликлиники» дала свои плоды, в нее еще активней потянулось старшее поколение, у которого есть возможность в дневные часы заниматься своим здоровьем.

В то же время, реформа здравоохранения не смогла кардинально изменить ситуацию со сверх смертностью населения трудоспособного возраста, т.к. некоторые социально-экономические процессы сводят на нет усилия министерства здравоохранения и сотрудников отрасли. В первую очередь, это экономический кризис и обеднение значительной части трудоспособного населения, которое «держится» за имеющуюся работу, ищет вторую занятость, занимается самолечением в случае болезни. Во вторую очередь, это наркотизация молодежи, которая имеет тенденцию нарастания и омоложения, приводит к преждевременной смертности, в среднем в 28 лет. Базовые социальные институты: семья, религия, образование, государство и производство, - пытаются своими методами воздействовать на ситуацию, но она выходит из-под контроля, т.к. нет четко обозначенной общественной инициативы и совместных усилий по решению проблемы.

Не всегда благоприятной можно назвать ситуацию со здоровьем детей, подростков и молодежи. Это происходит в силу ряда причин. На наш взгляд, здесь есть внутренние резервы для организационных мер в детских поликлиниках, которые должны ориентироваться на предоставление комплексной медико-социальной услуги, отвечающей современным представлениям о подростковом возрасте, его особенностях и комфортности коммуникаций «врач-пациент».

Есть проблемы с межведомственной разобщенностью в регулировании здоровья детей школьного возраста, студентов, учащейся и работающей молодежи, которые

предпочитают не обращаться в лечебно-профилактические организации, а самостоятельно заниматься своим здоровьем. Причем, системы мер и единых программ медицинского сопровождения здорового питания, занятий спортом, досуговых мероприятий и пр. пока не существует как в реальном, так и в виртуальном пространстве.

Коммуникативные платформы по ЗОЖ с грамотной обратной связью «врач-пациент» (медицинский работник-пациент) приобретают востребованность среди молодых граждан России.

Отмечается также не решенная системная проблема со здоровьем населения в трудоспособном возрасте.

Производственная медицина в общегосударственном масштабе уступила место отдельным региональным и ведомственным программам, как правило, ориентированным на лечение, редко, - на профилактику уже возникших заболеваний. Вопросы ЗОЖ трудоспособных граждан, повышение качества здоровой жизни не всегда могут решаться отдельными экономическими субъектами в рамках коллективных договоров, не всегда это можно делать в отдельных субъектах РФ. Нужен государственный приоритет, подтвержденный в целевых программах развития многих ведомств: Министерства здравоохранения, Министерства образования, Министерства по труду и социальному развитию, Минспорта и т.д. (см. таблицу в Приложении А).

Государственная программа диспансеризации, которая призвана выявлять факторы риска по развитию заболеваний может быть дополнена, в этой связи, программами сопровождения тех граждан, у которых по результатам проведенного обследования не выявлены проблемы со здоровьем (1-я группа здоровья). Граждан с 1-ой группы здоровья следует обеспечить таким медицинским сопровождением, чтобы оно способствовало длительному качеству их здоровой жизни.

Проведенный авторами доклада пилотный опрос руководителей и специалистов регионального здравоохранения (100 респондентов) в городах: Сургут, Нижневартовск, Екатеринбург, Ялта, Москва показал, что вопросы информированность пациентов об их правах на получение медицинских услуг по страховке ОМС находятся в приоритете лишь в половине медицинских организаций (47,6%), а осуществляется обязательное информирование «иногда» - в 32%.

По программам «ОМС+», которые могли бы существенно обогатить медико-социальные аспекты здорового образа жизни на постбольничных этапах сопровождения

граждан, информированность населения падает до 24%. При этом, сами опрашиваемые региональные руководители и специалисты системы здравоохранения в 15% случаев затрудняются с ответом о том, как происходит работа с населением в рамках программ «ОМС+», а общая доля не давших ответа приближается к 22%. Примерно в каждом четвертом случае пациенты не информируются о возможностях обратной связи с медицинскими работниками при выписке из стационаров. Даже по программам добровольного медицинского страхования, по мнению респондентов, опрошенных авторами доклада, не предусматривается информационного сопровождения лечения и реабилитации (делается это только в каждом шестом случае).

При выписке пациента из медицинского учреждения, завершении случая лечения с ним разрабатывается программа здорового образа жизни (ЗОЖ), по мнению опрошенных респондентов, только 18% всех случаев. Отмечают руководители и специалисты системы здравоохранения низкий уровень осведомленности о возможностях программ по медицинскому сопровождению ЗОЖ. При этом, каждый четвертый респондент сказал, что пациенты, прошедшие лечение не предупреждаются о последствиях сохранения прежнего образа жизни, который в наибольшей степени влияет на уровень здоровья пациента.

С пациентом поддерживается связь для контроля его состояния и приверженности ЗОЖ в течение 3-х месяцев, в т. ч. с использованием информационных технологий, по мнению опрошенных специалистов отрасли в вышеуказанных городах России только в 7% случаев. Почти в половине стационаров снова готовы принять этого пациента и опять лечить его, не пытаясь сделать из него субъекта, ответственного за собственную жизнь и здоровье.

Нам, представляется весьма своевременным утверждение стратегии всеобщей паспортизации здоровья населения страны. В поэтапном процессе акцент вначале предлагается уделить работающему населению- нынешнему трудовому потенциалу, а также детям, подросткам и молодежи – перспективному резерву активной работоспособности в стране.

В тоже время, органы государственного управления активно вовлекаются в систему личной мотивации за результаты достигнутой эффективности в той сфере, где они прилагают свои навыки и реализуют трудовые функции. Существенная часть оплаты труда госслужащих (не менее 30%)-это стимулирующие выплаты за результаты работы. Здесь уместно поднимать для обсуждения такие индикаторы эффективности работы руководителей системы здравоохранения, например, которые могут мотивировать за

достижение положительной динамики в вопросах информированности граждан о государственных программах «МЕДЗОЖ», а также фиксировать изменения в их качестве.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ

- 1 Информационный сайт NONEWS [Электронный ресурс]. – URL:  
<http://nonews.co/directory/lists/countries/population>
- 2 Оценка экспертов ВОЗ, приведенная в Государственной Программе РФ «Развитие здравоохранения», утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 24.12.2012 № 2511-р.
- 3 Распоряжение Правительства РФ № 2511-р от 24.12.2012 Программа «Развитие здравоохранения»
- 4 Оценка экспертов ВОЗ, приведенная в Государственной Программе РФ «Развитие здравоохранения», утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 24.12.2012 № 2511-р.
- 5 Доклад о человеческом развитии в Российской Федерации за 2013 г. / Под общей редакцией С.Н. Бобылева / Дизайн-макет, допечатная подготовка, печать: ООО «РА ИЛЬФ», 2013. – 202 с.
- 6 Лисицын Ю.П. Триединая медицина// Социология медицины, №1(20), 2012 г. с. 9-11
- 7 Николаев Ю. С., Нилов Е. И. Голодание ради здоровья. — М.: Советская Россия, 1973. — 192 с.<http://www.isoqol.org/>
- 8 Орлов В.А. Донозологический контроль соматического здоровья населения. Диссертация на соискание ученой степени доктора биологических наук, Москва, 2008.
- 9 Стрижакова О.В. Инновационный подход к управлению резервами здоровья человека и населения//Вестник спортивной науки, №2/2011 г., с.66-69
- 10 Пушкарь Д.Ю., Дьяков В.В., Берников А.Н. Качество жизни – новая парадигма медицины // Фарматека №11. 2005. С.15-16.
- 11 Есина О.В. Качество жизни в медицине – важный показатель здоровья пациента.// Электронный научный журнал «Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация развитие» 1/2013
- 12 <http://www.takzdorovo.ru>,
- 13 <http://www.quality-life.ru/>

- 14 Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е издание / под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко. М.: ЗАО «Олма Медиа Групп, 2007. 320 с.
- 15 Чучалин А.Г., Сенкевич Н.Ю. Белявский А.С. Методы оценки качества жизни больных хроническими обструктивными болезнями легких: Пособие для врачей. М., 1999
- 16 <http://www.who.org>
- 17 Лисицын Ю.П., Журавлева Т.В., Важнейшие достижения медицины XX-начала XXI века и их значение для ближайшего будущего// Здоровье и общество, 2012 г.
- 18 Общероссийский классификатор "ОК 034-2014 (КПЕС 2008). утв. Приказом Росстандарта от 31.01.2014 N 14-ст в ред. от 03.05.2017)
- 19 Федеральный закон от 18.07.2017 n 178-фз «Изменения в бюджетный Кодекс РФ...» пункт 3 статьи 69.2 Бюджетного Кодекса Российской Федерации
- 20 Постановление правительства Российской Федерации от 30.08.2017 n 1043 "О формировании, ведении и утверждении общероссийских базовых (отраслевых) перечней (классификаторов) государственных услуг для целей формирования государственных заданий»
- 21 EUROHIS: Разработка общего инструментария для опросов о состоянии здоровья – М., «Права человека», 2007. -193 с.
- 22 Романов А.И., Кеворков В.В. Маркетинг и конкурентоспособность медицинской организации: монография. М.: КноРус, 2013. С. 39.
- 23 Cornelissen R. The principle of territoriality and the Community regulations on social security (regulations 1408/71 and 574/72): Common Market Law Review, 1996, 33. P. 430. и ст. 21 Регламента N 574/72 от 21 марта 1972 г., устанавливающего правила применения Регламента 1408/71.
- 24 Указ Президента Российской Федерации от 01 июня 2012 г. № 761 «О национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 годы»
- 25 Приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 31.08.2009 г. № 838-п «Об организации пилотных площадок «Клиника, дружественная к молодежи»
- 26 Методические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации и ФГАУ «Национальный научно-практический центр здоровья детей»

«Организация трехуровневой системы медико-социальной помощи детям в трудной жизненной ситуации» Москва 2016 г.

27 Сайт Минтруда России [rosmintrud /labour/safety-vote](http://rosmintrud.ru/labour/safety-vote). (дата обращения 16 октября 2017 года)

28 Президиум Совета по стратегическому развитию и приоритетным проектам от 25.10.2016 №9 «Совершенствование процессов организации медицинской помощи на основе внедрения информационных технологий»

29 Габуева Л.А., Павлова Н.Ф. Оценка мер реформирования системы медицинской реабилитации граждан России: отечественный опыт 2013-2016 гг. и перспективы развития РИСК: Ресурсы, Информация, Снабжение, Конкуренция. 2017. № 2. с. 162-165.

30 Постановление Правительства Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 25 декабря 2015 года № 485-п «О системе управления проектной деятельностью в исполнительных органах государственной власти Ханты-Мансийского автономного округа – Югры».

31 Постановление Правительства автономного округа от 25.12.2015 № 515-П «Регламент координационно-контрольной деятельности»

32 Постановление Губернатора Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 16.10.2015 №121 «О Департаменте проектного управления Ханты-Мансийского автономного округа – Югры».

33 «Социально-экономическое развитие, инвестиции и инновации Ханты-Мансийского автономного округа – Югры на 2016-2020 годы»

34 Приказ Минздрава России от 6 марта 2015 г. N 87н "Об унифицированной форме медицинской документации и форме статистической отчетности, используемых при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения и

профилактических медицинских осмотров, порядках по их заполнению"

35 Приказ Минздрава России от 13 февраля 2013 г. № 66 «Стратегия развития лекарственного обеспечения».

36 Распоряжение Правительства Российской Федерации от 25 октября 2005 г. N 1789-р "О Концепции административной реформы в Российской Федерации в 2006 - 2010 годах" (ред. от 10.03.2009) // СЗ РФ. 2005. N 46. Ст. 4720.

37 Ноздрачев А.Ф. Контроль: правовые новеллы и нерешенные проблемы // Журнал российского права. 2012. N 6. С. 18 - 28; Вишняков В.Г. Административная реформа: 15 лет поисков концепции // Законодательство и экономика. 2011. N 7. С. 5 - 17.

38 Костин И.Б., Мамедов Н.М. Качество жизни и социальный капитал // Вестник Московской государственной академии делового администрирования. 2013. N 2 (21) / 3 (23). С. 24 - 33.

39 Перж Ф.Е. Сравнительный анализ реального и идеального образа государства в массовом политическом сознании граждан России // Актуальные вопросы экономики, управления и права: Сборник научных трудов (ежегодник). 2015. N 7. С. 27 - 35.

40 Аврутин Ю.Е. Достаточно ли Кодекса административного судопроизводства Российской Федерации для обеспечения надлежащего публичного управления // Проблемы административного процесса в государственном управлении: тезисы докладов участников Международной научно-практической конференции (3 апреля 2015 г., Москва) / Отв. ред. С.А. Старостин. М.: Издательский центр Университета имени О.Е. Кутафина (МГЮА), 2015. С. 7.

41 Атаманчук Г.В. О взаимосвязях состояния государственного управления и кризисов в социуме // Право и управление. XXI век. 2014. N 1 (30). С. 27.

42 Постановление Правительства РФ от 03.11.2012 N 1142 "О мерах по реализации Указа Президента Российской Федерации от 21 августа 2012 г. N 1199 "Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации" (ред. от 06.03.2015) (вместе с Правилами предоставления субъектам Российской Федерации грантов в форме межбюджетных трансфертов в целях содействия достижению и (или) поощрения достижения наилучших значений показателей по итогам оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов

Российской Федерации, Методикой оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации) // СЗ РФ. 2012. N 46. Ст. 6350).

43 Распоряжение Правительства РФ от 26 ноября 2012 г. N 2190-р (далее - Программа N 2190-р

44 Указ Президента РФ от 6.06.2017 №722 «Об утверждении положения о порядке проведения экспериментов в ходе реализации федеральных программ развития федеральной государственной гражданской службы (в ред. Указов Президента РФ от

17.03.2016 n 127)

- 45 <https://www.rosminzdrav.ru/polls/16-anketa-dlya-otsenki-raboty-ministerstva-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii-s-obrascheniyami-grazhdan-predstaviteley-organizatsiy-yuridicheskikh-lits-obschestvennyh-ob-edineniy>
- 46 Vallone DM, Duke JC, Cullen J, McCausland KL and Allen JA (2011) Evaluation of EX: A national mass media smoking cessation Vallone DM, Duke JC, Cullen J, McCausland KL and Allen JA (2011) Evaluation of EX: A national mass media smoking cessation
- 47 Kreps GL. Strategic use of communication to market cancer prevention and control to vulnerable populations. *Health Market Quart* 2008;25:204–16.
- 48 World Health Organization. *Health promotion glossary*. Geneva: WHO; 1998.
- 49 Kutner M, Greenberg E, Baer J. National Assessment of Adult Literacy (NAAL): a first look at the literacy of America's adults in the 21st Century. Washington: US Department of Education, Institute of Education Sciences, National Center for Education Statistics; 2005
- 50 Canadian Council on Learning. *Health literacy in Canada: initial results from the International Adult Literacy and Skills Survey 2007*. Ottawa: Canadian Council on Learning; 2007.
- 51 Hornik RC. *Public health communication: evidence for behavior change*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 2002.
- 52 Napoli QM. Consumer use of medical information from electronic and paper media. In: Rice RE, Katz JE, editors. *The Internet and health communication*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2001
- 53 Evidence based communication for health promotion: Indian lessons of last decade. Suresh K. *Indian J Public Health*. 2011 Oct-Dec;55(4):276-85. doi: 10.4103/0019-557X.92405.
- 54 Oyediran KA, Feyisetan OI and Akpan T (2011) Predictors of condom-use among young never-married males in Nigeria. *Journal of Health and Population Nutrition* 29 (3): 273–285.
- 55 Wanyoni KL, Themessl-Huber M, Humphries G and Freeman R (2011) A systematic review and meta-analysis of face-to-face communication of tailored health messages: Implications for practice. *Patient Education and Counseling* 85 (3): 348–355.
- 56 Beiner L, Reimer RL, Wakefield M, Szczypta G, Rigotti NA and Connolly G (2006) Impact of smoking cessation and mass media among recent quitters. *American Journal of Preventive Medicine* 30 (3): 217–224.

## ПРИЛОЖЕНИЯ

### Приложение А

Здоровье населения России в кодах услуг общероссийского классификатора по видам деятельности и ведомственной принадлежности

Таблица А.1 - Здоровье населения России в кодах услуг общероссийского классификатора по видам деятельности и ведомственной принадлежности (составлено авторами по [22])

№ П. п.	Коды и укрупненные названия видов услуг по Общероссийскому классификатору []	Виды услуг, направленные на профилактику, поддержание здоровья и ЗОЖ	Ведомство, осуществляющее регулирование предоставления услуг
1	86.10.15- Услуги больниц прочие, оказываемые врачами	Услуги под руководством врачей направленные на поддержание здоровья пациента	Минздрав РФ
2	86.22-Услуги в области специализированной врачебной практики; 86.21.10 – Услуги в области общей врачебной практики	Услуги врачей на дому, в клиниках при предприятиях, школах и т.д. или по телефону, информационно-коммуникационной сети Интернет или прочими способами	Минздрав РФ
3	86.21.10 – Услуги в области общей врачебной практики	Услуги врачей по предупреждению, физических и (или) психических заболеваний, такие как консультации, медосмотр и т.д.	Минздрав РФ
4	86.90.18 (86.90.18.000)- Услуги в области психического здоровья	Услуги, оказываемые не лечащими врачами, а лицами, которым предоставлены юридические права по обслуживанию пациентов: услуги в области психического здоровья, оказываемые психоаналитиками, психологами и психотерапевтами	Нет ведомственной принадлежности: Минздрав, Минтруд, Минобраз
5	86.90.19 - Услуги в области здравоохранения прочие, не включенные в другие группировки	Парамедицинские услуги трудотерапии, иглоукалывания, ароматерапии, логопедии, гомеопатии, диетотерапии и т.п. (оказываются не лечащими врачами)	Нет четкой ведомственной принадлежности : Минтруд, Минздрав, Минобраз
6	86.90.13 - Услуги физиотерапевтические	Услуги в области физиотерапии, эрготерапии и т.п. (оказываются не лечащими врачами)	Нет четкой ведомственной принадлежности: Минздрав, Минтруд, Минобраз
7	86.90.12 - Услуги по медицинскому уходу	Консультирование и предоставление профилактических услуг пациентам на дому(оказываются не лечащими врачами)	Нет четкой ведомственной принадлежности: Минтруд, Минздрав
8	88.99.19 -Рекомендации по вопросам планирования семьи без предоставления лечения		Нет четкой ведомственной принадлежности

9	86.23.19 - Услуги в области стоматологии прочие	Услуги по профилактике стоматологических болезней ( в клиниках при школах, на предприятиях, в домах для престарелых и т.д., а также в частных стоматологических кабинетах)	Нет четкой ведомственной принадлежности: Минтруд, Минздрав, Минобраз
10	86.90.19.130 - Услуги массажных салонов		Нет четкой ведомственной принадлежности: Минтруд, Минздрав, Минспорта, Минобраз
11	86.90.19.140 - Услуги санаторно-курортных организаций		Минздрав, Минтруд, Минобраз, Минспорта
12	87.10.10 - Услуги по медицинскому уходу с обеспечением проживания	Услуги, предоставляемые без надзора лечащего врача проживающим в учреждении лицам, например, в реабилитационных заведениях, домах отдыха с услугами медсестер	Нет четкой ведомственной принадлежности: Минтруд, Минздрав, Минспорта
13	88.10.12 - Услуги центров по дневному уходу для пожилых людей		Минтруд, Минздрав, Минспорта
14	88.91.11 - Услуги по дневному уходу за детьми, кроме дневного ухода за детьми с физическими или умственными недостатками	Социальные услуги, предоставляемые без обеспечения проживания и связанные с обеспечением дневного пребывания и простейшим игровым обучением маленьких детей в детских садах и прочих учреждениях	Минтруд, Минобраз, Минспорта
15	88.99.11 - Услуги по руководству и консультативные услуги, связанные с детьми, не включенные в другие группировки	Услуги могут относиться к проблемам поведения и другим проблемам, связанным с детьми, например проблемам разрушения семьи, школьным, проблемам физического развития, предотвращения жестокого обращения с детьми, вмешательства в кризисных ситуациях	Минобраз, Минтруд, Минздрав, Минспорта
16	93.13 - Услуги фитнес-центров (93.13.10)	Услуги, предоставляемые клубами и центрами фитнеса и бодибилдинга;	Минспорта
17	93.19.13 - Услуги вспомогательные, связанные со спортом и отдыхом	Услуги, связанные с деятельностью заповедников для спортивного рыболовства и охотничьих заказников; - услуги по организации охоты и рыбалки	Нет четкой ведомственной курации (Минспорта, Минкультуры, Минобраз)

18	93.29.11 - Услуги парков отдыха и пляжей	Услуги развлекательных парков и пляжей (без пансиона), включая предоставление оборудования для отдыха	Нет четкой ведомственной курации (Минспорта, Минобраз, Минтруд)
19	94.20.10 - Услуги, предоставляемые профессиональными союзами	Услуги по распространению информации о мнении членов по вопросам условий труда	Нет четкой ведомственной курации
20	94.99.15 - Услуги, оказываемые молодежными объединениями	Услуги, оказываемые объединениями молодежи и детей; услуги, оказываемые студенческими объединениями, клубами и землячествами; услуги, предоставляемые объединениями, такими как объединения бойскаутов и девочек-с скаутов и т.д.	Нет четкой ведомственной курации (Минтруд, Минобраз, Минспорта)
21	94.99.15.120 - Услуги детских общественных объединений		Нет четкой ведомственной курации (Минтруд, Минобраз, Минспорта)
22	94.99.15.130 - Услуги студенческих общественных объединений		Нет четкой ведомственной курации (Минтруд, Минобраз, Минспорта)
23	94.99.19.140 - Услуги объединений групп населения с целью установления социальных контактов		Нет четкой ведомственной курации (Минтруд, Минобраз, Минспорта)
24	85.41.10 - Услуги по спортивному образованию и образованию в развлекательных целях	услуги по обучению плаванию;	Нет четкой ведомственной курации (Минтруд, Минобраз, Минспорта)
25	85.42.19 - Услуги по дополнительному профессиональному образованию прочие	Услуги по обучению работодателей и работников вопросам охраны труда;	Нет четкой ведомственной курации (Минтруд, Минобраз, Минспорта)
26	78.30.16 - Услуги в области трудовых ресурсов по обеспечению медицинскими работниками прочие		Нет четкой ведомственной курации (Минздрав, Минтруд)
27	73.20.20.000- Услуги по изучению общественного мнения		Нет четкой ведомственной курации (Минздрав, Минтруд)

28	74.90.13	- экологические экспертизы; оценка угрозы от экологического загрязнения для общественной безопасности и здоровья; консультации по развитию экологической политики, т.е. консультирование общественных или частных учреждений по проектированию, развитию и выполнению экологических уставов, инструкций, стандартов или методов; прочие консультационные услуги по экологии	Минприроды, Минздрав
30	84.11.11.140 - Услуги, предоставляемые органами местного самоуправления, по вопросам общего характера 84.11.11.132 - Услуги органов государственной власти субъектов Российской Федерации по осуществлению своих полномочий в городах и районах 84.12 - Услуги государственного управления организаций, обеспечивающих услуги в области здравоохранения, образования, культуры, и прочие социальные услуги, кроме услуг в области социального обеспечения		Государственное (муниципальное) управление
	84.12.12 - Услуги государственного управления в сфере здравоохранения	Услуги по профилактике болезней, руководство программами поддержания качества лекарственных средств, услуги по контролю за рождаемостью и т.д.; услуги, связанные со здоровьем человека ( <u>раздел 86</u> ); - услуги по оказанию социальной помощи ( <u>87.90</u> )	
	84.2 - Услуги государства обществу в целом		
	84.30 - Услуги в области обязательного социального обеспечения		
	84.11.11.120 - Услуги государственные, предоставляемые органами государственных внебюджетных фондов, по вопросам общего характера		