



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Возглавляя преобразование системы здравоохранения: переход на следующий уровень

Совещание экспертов

Дарем, Соединенное Королевство, 12-13 июля 2017 г.



Выражение признательности

Данная публикация основана на материалах второго экспертного совещания ЕРБ ВОЗ по преобразованию системы здравоохранения: практика реализации, которое состоялось 12 и 13 июля 2017 г. в г. Дарем, Соединенное Королевство. Отчет составлен Kate Melvin (докладчик), David Hunter и Rafael Bengoa, в консультации с Hans Kluge и Elke Jakubowski. Следует отметить также неоценимый вклад экспертов в области преобразования системы здравоохранения, принимавших участие в совещании (Приложение 2).

**Возглавляя преобразование
системы здравоохранения:
переход на следующий уровень**

Совещание экспертов
Дарем, Соединенное Королевство, 12-13 июля 2017 г.

РЕЗЮМЕ

Совещание экспертов по реализации преобразований системы здравоохранения состоялось 12-13 июля 2017 г. в г. Дарем, Соединенное Королевство. В центре внимания были вопросы успешной реализации крупномасштабных преобразований системы здравоохранения в Европе, которая наблюдалась со времени проведения Мадридского совещания в декабре 2015 г., в ходе которого обсуждались надлежащие механизмы в поддержку развития реформ на макро-уровне.

Перед участниками совещания стояли следующие задачи.

- Определить, в чем состоит практический опыт, полученный в процессе осуществления реформ системы здравоохранения на макро-уровне, который мог бы укрепить существующую базу данных.
- Предоставить рекомендации от лиц, определяющих политику в системе здравоохранения, по вопросам начала, наращивания темпов процесса преобразований и/или его совершенствования, а также по возможным препятствующим факторам и путям их преодоления.
- Рассмотреть и обсудить проект инструмента, предлагающего структурный подход к оценке готовности к изменениям и осуществлению преобразований.
- Обсудить шаги, которые могло бы предпринять Европейское региональное бюро ВОЗ, чтобы сформировать план реализации реформ системы здравоохранения на уровне политики и разработать возможные механизмы сотрудничества.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

HEALTH SYSTEM REFORM
TRANSFORMATIONAL CHANGE
IMPLEMENTATION ENABLERS AND CHALLENGES
FRAMEWORK FOR CHANGE

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications
WHO Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро: <http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>.

АВТОРЫ ФОТО

Обложка: © Adobe Stock/blinkblink; стр. viii: © Adobe Stock/Bobo Ling; стр. 6: © Adobe Stock/Africa Studio; стр. 20: © Adobe Stock/Bobo Ling; стр. 34: © Adobe Stock/zaieiunewborn59

Дизайн и печать: 4PLUS4.dk

© Всемирная организация здравоохранения, 2018 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью. Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

СОДЕРЖАНИЕ

Резюме.....	iv
1. Цель совещания	1
2. Крупномасштабные преобразования системы здравоохранения: что необходимо сделать и почему	3
2.1. Европейское региональное бюро ВОЗ – контекст, в котором происходят преобразования системы здравоохранения: что необходимо сделать	3
2.2. Причины крупномасштабных преобразований систем здравоохранения: почему.....	4
3. От политики к осуществлению	7
4. Трудности реализации: каким образом	12
4.1. Недавний опыт	12
4.2. Некоторые проблемы	19
5. На пути к надлежащим рамочным основам преобразований	35
5.1. Аудитория.....	35
5.2. Цель и характер	36
5.3. Структура и формат.....	38
5.4. Предлагаемые дополнения по содержанию	38
6. Основные вопросы	40
7. Путь вперед.....	41
Список литературы.....	42
Приложение 1: Программа	44
Приложение 2: Список участников.....	46
Приложение 3: Информационный документ	50

Резюме

Совещание экспертов по осуществлению преобразований систем здравоохранения состоялось 12-13 июля 2017 г. в г. Дарем, Соединенное Королевство. Более 25 приглашенных экспертов из государств-членов ВОЗ поделились своим практическим опытом, связанным с реализацией крупномасштабных преобразований системы здравоохранения, возглавляя процесс, содействуя его развитию, непосредственно участвуя в нем, либо проводя оценку. В основу мероприятия были положены дискуссии по данной теме на совещании, состоявшемся в Мадриде, Испания, в декабре 2015 г., где эксперты обсуждали составляющие и условия успешного воплощения подходов к крупномасштабным преобразованиям систем здравоохранения.

Перед совещанием стояли следующие задачи:

- определить, в чем состоит практический опыт, полученный в процессе осуществления реформ системы здравоохранения на макро-уровне, который мог бы укрепить существующую базу данных;
- предоставить анализ опыта лиц, определяющих политику в системе здравоохранения, в вопросах начала и/или ускорения процесса преобразований либо совершенствования их реализации с учетом возможных барьеров и препятствующих факторов и путей их преодоления;
- рассмотреть проект инструмента, предлагающего структурированный подход к оценке готовности к проведению и закреплению изменений; обсудить шаги, которые могло бы предпринять Европейское региональное бюро ВОЗ, чтобы выработать повестку дня реализации реформ системы здравоохранения на уровне политики и разработать возможные механизмы сотрудничества.

Задача также состояла в осмыслении и освоении опыта лиц, формирующих политику, в связи с продвижением и внедрением трансформации системы здравоохранения, а также в связи с теми препятствиями, которые необходимо было преодолеть на пути трансформационных изменений, и факторами, которые способствовали процессу; кроме того, обсуждался вопрос об актуальности и полезности контрольного перечня «Оценка вашей готовности к изменениям» для европейских стран.

В отчете отражены темы, которым было уделено особое внимание на совещании; они проиллюстрированы примерами ситуационного анализа, которые дают представление об опыте реализации реформ в различных системах здравоохранения. Примеры анализа практических случаев касаются таких стран, как Англия, Бельгия, Республика Молдова и Финляндия. При проведении дискуссии был принят документ «Рамочные основы контекстов, восприимчивых к изменениям» (Pettigrew, Ferlie & McKee, 1992 г.).

В ходе совещания участники привлекли внимание к ряду критических факторов и проблем, с которыми они столкнулись в процессе крупномасштабных преобразований системы медицинского обслуживания в их странах. К ним относятся непростые отношения между подходами, связанными с директивным руководством и инициативой снизу, необходимость четкого видения, неустанный политический энтузиазм, надлежащее

руководство в сфере медицинского и социального ухода, инвестиции, а также роль информационных технологий.

В заключение совещания участники сошлись во мнении относительно проблем, с которыми придется столкнуться, и путей их преодоления, а также относительно того, каким образом сделать так, чтобы контрольный перечень смог оказать поддержку в реализации крупномасштабных изменений в системах здравоохранения.

В отчете предложено достаточно много практических рекомендаций, которые помогут организаторам здравоохранения продвинуться в реализации крупномасштабных преобразований в условиях конкретной страны. Это совещание было задумано Отделом систем здравоохранения и охраны общественного здоровья, возглавляемым директором д-ром Хансом Клюге качестве одного из главных механизмов поддержки процесса обмена знаниями, помощи лицам, определяющим политику, в поиске общих решений возникающих проблем и задач, а также укрепления их институционального и интеллектуального капитала.

В свете вышесказанного, Отдел систем здравоохранения и охраны общественного здоровья под руководством д-ра Ханса Клюге впредь будет поощрять и поддерживать инициативы между странами и внутри каждой страны в отношении крупномасштабных преобразований при содействии профессоров Rafael Bengoa (директор Института здравоохранения и стратегии, Бильбао, Испания) и David Hunter (профессор, Институт здоровья и общества, Университет Ньюкасла, Соединенное Королевство; бывший директор Центра общественной политики и здоровья и Сотрудничающего центра ВОЗ по комплексным исследованиям систем здравоохранения, знаниям и действиям), Университет Дарема, Соединенное Королевство).



За время, прошедшее со времени Мадридского совещания, политическая и экономическая обстановка еще более усложнилась для лиц, определяющих политику, которые продолжают предпринимать усилия, направленные на крупномасштабную трансформацию. И это указывает на неотложную необходимость наращивания масштабов действий.

1. Цель совещания

Совещание по преобразованиям системы здравоохранения было проведено 12-13 июля 2017 г. в г. Дарем, Соединенное Королевство (см. программу совещания в Приложении 1). В работе совещания принимали участие министры здравоохранения, руководители старшего звена, формирующие политику, эксперты в области управления изменениями, а также в сфере систем и политики здравоохранения из следующих государств-членов Европейского региона ВОЗ: Бельгия, Белоруссия, Венгрия, Кыргызстан, Нидерланды, Республика Молдова, Российская Федерация, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии, Соединенные Штаты Америки, Хорватия, Швейцария и Швеция. Кроме того, среди участников совещания были представители Европейского регионального бюро ВОЗ (см. Список участников в Приложении 2).

Местом проведения совещания стал Университет Дарема, организационным процессом руководили профессор David Hunter и профессор Rafael Bengoa в сотрудничестве с Отделом систем здравоохранения и охраны общественного здоровья Европейского регионального бюро ВОЗ.

Организаторами был также подготовлен информационный документ, с тем чтобы ввести в курс дела участников совещания, объяснить его цели и задачи и познакомить их с концептуальной моделью, лежащей в основе проекта преобразования систем, а также чтобы ознакомить их с обновленной информацией, характеризующей ситуацию, сложившуюся после первого совещания в Мадриде, Испания, в декабре 2015 г. (см. исходный документ в Приложении 3). Все это, в свою очередь, определило структуру контрольного перечня «Оценка вашей готовности к изменениям», который был представлен участникам совещания в Дареме для обсуждения. В настоящее время Европейское региональное бюро ВОЗ разрабатывает контрольный перечень с тем, чтобы его могли использовать страны, осуществляющие крупномасштабные преобразования. В ближайшие месяцы его можно будет найти на веб-сайте.

За время, прошедшее со времени Мадридского совещания, политическая и экономическая обстановка еще более усложнилась для лиц, определяющих политику, которые продолжают предпринимать усилия, направленные на крупномасштабную трансформацию. И это указывает на неотложную необходимость наращивания масштабов действий.

Аналогично совещанию в Мадриде, обстановка на заседаниях в Дареме была неформальной. Для участников было важно «из первых рук» заручиться опытом тех, кто уже осуществляет реформы, тех, кто оказывает консультативную помощь руководителям в их реализации, а также научных работников, занимающихся изучением развития ситуации. Перед совещанием стояли следующие основные задачи:

- определить, в чем состоит практический опыт, полученный в ходе осуществления реформ системы здравоохранения на макро-уровне, который мог бы укрепить базу данных;

- предоставить анализ опыта лиц, определяющих политику в системе здравоохранения, в вопросах начала и/или ускорения процесса преобразований, либо совершенствования их реализации с учетом возможных барьеров и препятствующих факторов и путей их преодоления;
- рассмотреть проект инструмента, предлагающего структурированный подход к оценке готовности к проведению и закреплению изменений;
- определить меры, которые могло бы предпринять Региональное бюро, чтобы составить повестку дня реализации реформ системы и обсудить шаги, которые могло бы предпринять Европейское региональное бюро ВОЗ, чтобы выработать повестку дня реализации реформ системы здравоохранения на уровне политики и разработать возможные механизмы сотрудничества.

Участники, особенно те из них, кто уже непосредственно занимаются воплощением реформ в жизнь, анализировали свой опыт, подробно освещая как барьеры, так и способствующие процессу реформирования факторы, которые являются общими для всех стран вне зависимости от конкретной ситуации. После определения стратегий и процессов, которые будут способствовать осуществлению трансформации, участники обсудили проект контрольного перечня «Оценка вашей готовности к изменениям» с внесением в него поправок и, что не менее важно, с указанием тех ситуаций, где он может принести наибольшую пользу.

Участники достигли консенсуса в том, что, независимо от контекста и уровня осуществления преобразований в каждой отдельной стране, совещание предоставило уникальную возможность для участников продолжить разработку рамочных основ, необходимых для решения важнейших проблем и задач. Среди этих задач – стремление создать более проактивную и превентивную модель; наделять большим правом голоса пациентов и граждан; решение проблем, связанных с социальным неравенством; улучшение качества; охрана здоровья населения; обеспечение устойчивости систем здравоохранения.

В ходе совещания четыре руководителя старшего звена представили подробное описание хода работы по проведению в жизнь реформ в сфере здравоохранения в своих странах. Вслед за этим последовало обсуждение в малых группах общих барьеров и факторов, способствующих осуществлению крупномасштабных преобразований системы здравоохранения. Оба дня обсуждения базировались на дискуссиях совещания в Мадриде и информационном документе.

Далее идут следующие разделы. В Разделе 2 представлено описание контекста крупномасштабных преобразований в Регионе и причин, по которым преобразования необходимы. В Разделе 3 анализируется сложность их осуществления. В Разделе 4 приводятся примеры из четырех Европейских стран, и далее рассматриваются барьеры и способствующие трансформации факторы из опыта участников. В более подробном виде проект контрольного перечня «Оценка вашей готовности к изменениям» приводится в Разделе 5 с дополнительными предложениями по его совершенствованию. В Разделе 6 отмечены основные вопросы, затронутые на совещании. И наконец, в Разделе 7 рассматриваются дальнейшие шаги.

2. Крупномасштабные преобразования системы здравоохранения: что необходимо сделать и почему.

2.1. Европейское региональное бюро ВОЗ – контекст, в котором происходят преобразования системы здравоохранения: что необходимо сделать

Настоящий отчет, аналогично структуре отчета Мадридского совещания, составлен в рамках стратегических приоритетов Европейского Регионального бюро ВОЗ в области укрепления систем здравоохранения на 2015–2020 гг., в основе которых лежат перспективное видение европейской политики здравоохранения – Здоровье-2020 (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013 г.) и обязательства, сформулированные в Таллиннской хартии: системы здравоохранения для здоровья и благосостояния (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008 г.). Эти стратегические приоритеты были приняты на шестьдесят пятой сессии Европейского регионального комитета ВОЗ в Вильнюсе, Литва, в сентябре 2015 г. (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2015 г.). Европейское региональное бюро ВОЗ помогает государствам-членам укреплять системы здравоохранения, обеспечивая их большую ориентированность на нужды людей, что необходимо для скорейшего улучшения показателей здоровья, сокращения неравенств в отношении здоровья, финансовой защиты и рационального использования ресурсов общества.

Хорошее здоровье и благополучие лежат в основе большей части Целей устойчивого развития (Организация Объединенных Наций, 2017 г.). В период 2015–2020 гг. Региональное бюро будет работать в тесном сотрудничестве с государствами-членами в двух ключевых приоритетных областях: преобразование услуг здравоохранения с тем, чтобы они могли удовлетворять растущие потребности и задачи XXI века, и достижение цели всеобщего охвата населения медицинской помощью в Европе, свободной от ведущих к обнищанию наличных платежей пациентов.

Укрепление кадров здравоохранения, обеспечение справедливого доступа к эффективным и экономичным лекарственным средствам и технологии, а также совершенствование медицинской информации и систем информации здравоохранения – все эти аспекты чрезвычайно важны для реализации необходимых крупномасштабных преобразований систем здравоохранения в Европейском регионе (рисунок 1).

Рис. 1. Преобразования системы медицинского обслуживания: приоритетные области работы



Источник: перенесено из документа «Приоритетные задачи в области укрепления систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ на 2015–2020 гг. Ориентация на нужды людей: от слов к делу». (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2015 г.).

2.2. Причины крупномасштабных преобразований систем здравоохранения: почему

Эксперты на совещании в Мадриде пришли к общему пониманию широкого спектра проблем, с которыми сталкиваются в настоящее время европейские системы здравоохранения всех типов, в основе которых – модели Бевериджа, Бисмарка, Семашко и/или смешанные варианты. К спектру проблем относятся трудности, скорее, традиционного толка, например, изменение демографических показателей, экономические ограничения, возрастающая сложность медицинских аспектов и необходимость технологических инноваций, а также возникшие позднее проблемы, такие как миграция, чрезмерное использование медицинских услуг, отсутствие связи между политикой и исследованиями, политическая культура, потери в системе.

Правительства и лица, формирующие политику, также в большинстве своем согласны с необходимостью перепроектирования нередко фрагментированной и реактивной модели системы здравоохранения, которая, как правило, признается более не соответствующей своему целевому назначению. Этот вопрос более

подробно обсуждается в отчете о Мадридском совещании (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2016 г.) и информационном документе (Приложение 3).

Внедрение и развитие реформы систем здравоохранения в целях продвижения идеи преобразований в сложных и разнообразных страновых контекстах остается главной задачей, стоящей сегодня перед лицами, определяющими политику.



Литературных источников на тему преобразований становится все больше, но по-прежнему не хватает не только опубликованных исследований, но и документированного опыта и практических рекомендаций по переходу от разработки политики к осуществлению и обеспечению непрерывного согласования видения политики, целей и планов.

3. От политики к осуществлению

Несмотря на то, что ключевые факторы крупномасштабных преобразований систем здравоохранения берут свое начало в проблемах и трудностях, составляющих реалии лиц, определяющих политику, и систем здравоохранения во всем мире, конкретное сочетание этих факторов и стимулов различается в разных системах и внутри них, аналогично различиям между контекстами в разных системах и странах. Таким образом, вопрос о том, каким образом оформляются и транслируются аргументы в пользу необходимости изменений, является критическим, и это требует новых стилей лидерства.

На решение этих проблем направлены одобренная на совещании концепция восприимчивых к изменениям контекстов (Pettigrew, Ferlie & McKee, 1992 г.), а также обсуждение соответствующего информационного документа и Контрольного перечня для оценки готовности к изменениям в европейских странах. На основе этих элементов строился диалог, который позволил участникам извлечь опыт передовых преобразований систем здравоохранения, и базировалась помощь тем, кто сегодня сталкивается с такими проблемами.

Как отмечается в информационном документе, наблюдения за разработкой политики на макро-уровне и реализацией политики на мезоуровне начинают складываться в сложную, но реалистичную картину процесса политики. В работе Best и соавт. (2012 г.) предлагается обзор примеров удачных и менее успешных инициатив по преобразованиям и исследование многих составляющих изменений. К ним относятся контекст, поддержка со стороны заинтересованных сторон, стили руководства, участие персонала и медицинских специалистов, а также вовлеченность пациентов и общественности.

В выполненном недавно мезоуровневом исследовании потенциала государственной политики и лидерства в области реформ здравоохранения в Соединенных Штатах аналогичным факторам была присвоена роль детерминант успеха или провала крупномасштабных изменений (Forest & Helms, 2017 г.). В основе этого исследования, проведенного при поддержке общественного фонда Milbank Memorial Fund, были интервью с должностными лицами и законодателями об их опыте разработки и поддержания потенциала, необходимого для серьезных преобразований.

Литературных источников на тему преобразований становится все больше, но по-прежнему не хватает не только опубликованных исследований, но и документированного опыта и практических рекомендаций по переходу от разработки политики к осуществлению и обеспечению непрерывного согласования видения политики, целей и планов.

Такое разделение между политикой и реализацией (то, что King & Crewe (2014 г.) называют операционным разъединением) может быть частичным или полным. Особое значение имеет асимметричная связь между высокопоставленными чиновниками, формирующими политику, и теми, кто непосредственно внедряет изменения. В то время как людям, работающим на «передовой», необязательно следует учитывать

соображения тех, кто работают на более высоком уровне, высшие должностные лица не смогут добиться успеха без понимания того, что происходит на «передовой» преобразований или близко к ней. Исходя из того, что правительства и те, кто работают на более высоком уровне, действительно искренне стремятся к эффективности стратегий, необходимо

Выступавшие на совещании обратили внимание на относительно новые модели мышления в этой сфере, такие как метод обеспечения реализации (deliverology) (Barber, Kihn & Moffit, 2011). Это подход к управлению инициативами в области реформ, который, будучи несколько механистичным и инструментальным, отличается рядом важных особенностей. К ним относятся управление ожиданиями и значение быстрых побед.

В настоящее время основное внимание уделяется исследованиям в области обращаемости за медицинской помощью и их влиянию на политику и практику, а также, наоборот, тому, каким образом исследования в области медицинских услуг определяются вопросами политики. Идет серьезная дискуссия о том, как перенести фокус исследований с генерации знаний на решение проблем, как обеспечить со-творение знаний лицами, определяющими политику, в сотрудничестве с исследователями, а также ориентированность знаний на контекст, а не восприятие их исключительно через академическую линзу.

Участники признали важность этих достижений, отметив, что в основе политики часто отсутствуют научно обоснованные доказательства. Тем не менее, была отмечена необходимость различения хорошо изученных областей, таких как борьба с табакокурением, и областей, где объем знаний скромнее, а такие факторы, как лоббирование, давление со стороны коллег, интернет и социальные сети, часто являются доминирующими при формировании политики.

В связи с этой темой было также уделено внимание работе Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, в которой исследуется взаимосвязь между сообществом лиц, определяющих политику, и научными кругами. В качестве примеров обсудили деятельность ученых в США, которые работают в департаментах государственной политики, а также обширные консультации правительства Финляндии с учеными в ходе продолжающегося в стране процесса реформ и информационно-разъяснительные мероприятия по упрощению доступа к данным исследований.

При этом были высказаны сомнения относительно общего прогресса в этой области. В частности, не кажется однозначно привлекательной для молодых ученых перспектива карьерного роста в сфере разработки политики. Эксперименты в Великобритании с проведением исследований в учреждениях практического здравоохранения, куда приходят работать ученые («embedded researcher»), в том числе по программе «researcher-in-residence», продемонстрировали как сильные, так и слабые стороны установления более тесных отношений между исследователями и политиками.

Еще одна область, которой в настоящее время уделяется значительное внимание, – это участие пациентов и граждан в процессе преобразований, а также предпосылки, необходимые для эффективного участия как на

коллективном, так и на индивидуальном уровнях. Ранее этим аспектом пренебрегали или рассматривали как формальный или неэффективный, однако на протяжении всего совещания эта тема вызвала живой интерес.

Примечательно, что участники подчеркнули необходимость не только технических, но и адаптивных изменений, сославшись на отсутствие последних как на одну из основных причин провала реализации реформ (Heifetz et al., 2009 г.). Технические изменения подразумевают четко определенные проблемы и соответствующие решения. Адаптивные изменения сосредоточены на более чем простых причинно-следственных связях между вмешательствами и результатами: происходит поиск решений, которые скорее спонтанно возникают, чем просчитываются заранее. Само по себе участие в адаптивных изменениях требует от заинтересованных сторон отказа от предвзятых представлений, привычных или традиционных способов работы и общепринятых культурных практик.

При внедрении технических изменений адаптивные процессы необходимы. Например, внедрение записей электронного здравоохранения или преобразование объектов может потерпеть неудачу без сопутствующих сдвигов в планах ведения пациентов или создания более горизонтальной структуры управления, то есть адаптивных изменений, которые подразумевают переоценку устоявшихся мнений и которые позволяют проводить необходимые, более глубокие преобразования.

Многие крупномасштабные преобразования происходят при отсутствии четкого плана реализации, и представляется возможным, что наличие структуры для организации таких сложных изменений может увеличить шансы на успех. Эксперты на совещании в Мадриде признали, что восприимчивые к изменениям контексты обеспечивают прочную основу и для обдумывания, и для реализации крупномасштабных преобразований системы здравоохранения. В частности, они определили пять из восьми факторов, которые составляют основу, способствующую успешным изменениям: качество и согласованность политики, политика и давление окружения, ключевые лидеры процесса изменений и коллективное руководство, поддерживающая организационная культура, отношения между управленцами и врачами (рис.2).

Рис. 2. Контекст для осуществления изменений



Источник: по материалам Pettigrew, Ferlie & McKee, 1992 г.

Эти факторы являются не просто списком целей, которые нужно поставить и достичь. Каждый из них требует оспаривания преобладающего и зависящего от контекста положения дел, а также размышлений о процессах, системах верований, традициях и поведении. Таким образом, хотя преобразования естественно предполагают технические изменения, ядро процесса составляют адаптивные изменения. Действительно, благодаря самому процессу определения факторов и элементов системы в их конкретном контексте лица, определяющие политику, и другие инициативные силы инстинктивно ориентируются на адаптивный путь.

Как и на совещании в Мадриде, в этот раз участники также заявили, что ни одна система, скорее всего, не охватит все требующие внимания элементы при осуществлении изменений в сложных условиях, но полезно иметь такую систему для работы с практическими механизмами, необходимыми для управления изменениями.

Эта конкретная схема преобразований по результатам тестирования показала наибольший потенциал в отношении многогранной и контекстуальной природы устойчивых крупномасштабных преобразований систем здравоохранения в сложных условиях. Этому аспекту посвящена значительная часть информационного документа, но описываются и другие схемы, которые представляют собой полезные дополнения для системы восприимчивых к изменениям контекстов (см. Приложение 3). В них изложены ценные размышления о внедрении крупномасштабных преобразований и подтверждаются существенные элементы системы восприимчивых к изменениям контекстов: например, необходимость согласования планов, понимания того, когда следует закреплять изменения, осознания безотлагательности реформ, потребности в быстрых достижениях и т. д.

Участники также упоминали альтернативные варианты схем, в частности Европейская рамочная основа для действий по организации интегрированного предоставления услуг здравоохранения (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2016 г.). Учитывая фокус документа на том, что необходимо сделать, для этой схемы могут оказаться полезными знания об управлении изменениями, содержащиеся в адаптированной системе восприимчивых к изменениям контекстов.

4. Трудности реализации: каким образом

4.1. Недавний опыт

Чтобы проиллюстрировать некоторые сложности, связанные с внедрением крупномасштабных преобразований в различных системах здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ, четыре приглашенных лица, ответственные за формирование политики, подготовили доклады о своем опыте проведения реформ (вставки 1–4). На примерах практической реализации программ реформирования продемонстрированы как стимулирующие, так и тормозящие факторы процесса преобразований. Наглядно показано значение культурных и политических контекстов в разных условиях на фоне сложной природы реформ. Так, то, что является проблемой в одном контексте, может быть источником возможностей в другом.

Обсуждение практических примеров как приводит к постановке важных вопросов, так и привносит ясность в ряд актуальных аспектов, среди которых:

- возможность противоречивость подходов, связанных с директивным руководством и с инициативой снизу;
- значение неустанного политического энтузиазма;
- необходимость согласованного видения и планирования на долгосрочный период;
- необходимость обеспечения согласованности на высшем уровне руководства в целях контроля процесса реформ;
- необходимость обеспечения соответствия нормативно-правовой базы поставленным целям;
- необходимость заинтересованности руководства во всем диапазоне услуг медицинской системы и социального обеспечения;
- роль и функции внешних инвестиций;
- развитие ИТ и ее потенциальной роли в процессе преобразований.

Вставка 1.

Преобразование системы здравоохранения в Англии

Взгляд на пять лет вперед

В контексте меняющихся потребностей населения и финансовых ограничений традиционный разрыв между первичной медико-санитарной помощью, предоставлением медицинских услуг по месту жительства и больниц в Англии становился серьезным препятствием к оказанию персонализированной и скоординированной медицинской помощи, в которой нуждаются пациенты.





В документ «Взгляд на пять лет вперед (Five year forward view)», подготовленный в 2014 г. Национальной службой здравоохранения Англии, в этом году в очередной раз были внесены изменения (отчет «Последующие шаги (Next Steps)»), которые в основном касались смещения фокуса реформ с бесконечных административных преобразований на улучшение оказываемых услуг и итоговые результаты. Теперь в рамках реформ особое внимание уделяется постоянному совершенствованию и адаптивным, эволюционным изменениям, а не разовым мероприятиям. Не используется универсальный подход, поддерживаются новаторские инициативы там, где это целесообразно, и проводится более плодотворная работа с партнерами (как внутренними, так и внешними по отношению к Национальной службе здравоохранения).

Реформы вводятся в действие посредством 50 национальных передовых подразделений, работа которых направлена на устранение некоторых барьеров между первичным и вторичным уровнями оказания медицинской помощи, физическим и психическим здоровьем, а также между системой здравоохранения и социальной помощью. Четыре основных столпа – это клинический компонент, участие пациентов, ответственность на местах и государственная поддержка.

В рамках реформ на всей территории страны разрабатывается 44 Плана устойчивого развития и трансформации (STPs): это форма партнерства между существующими организациями Национальной службы здравоохранения и местными органами власти. В настоящее время в каждой территориальной единице План находится на том или ином этапе развития, движение вперед осуществляется разными темпами. Теперь эти Планы практически преобразовались в партнерства в сфере устойчивого развития и трансформации.

Основные вопросы

- В результате проведения реформ итоговая карта медико-санитарной помощи Англии в разных регионах будет иметь отличия. Например, в некоторых областях будет обеспечена возможность для работы Подконтрольных организаций по оказанию медицинской помощи [в настоящее время они называются Подконтрольными системами оказания медицинской помощи] и для передачи полномочий при объединении медицинской и социальной помощи в других регионах (например, в графствах Манчестер и Суррей).
- Есть данные, что более интенсивное вовлечение медицинского персонала клиник в процесс реформ встречено с энтузиазмом.
- Исходя из того, что не существует такой организации, которая могла бы в одиночку решить все проблемы, особое внимание уделяется становлению партнерских отношений на местах, в том числе с местными органами власти и общественными организациями. Несмотря на то, что





вовлечение учреждений общественного здравоохранения идет медленно, заметна растущая заинтересованность ряда местных органов власти.

- Приходится признать, что когда-то участие пациентов в процессе преобразований реализовывалось в формате «для галочки», однако теперь очевидно, что активность пациентов может сыграть решающую роль в успехе реформ. Поэтому в настоящее время прилагаются все усилия для того, чтобы лица, определяющие политику, учитывали отзывы и предложения пациентов.
- Теперь процессы оценки имеют значительно большее значение, чем в пилотных проектах в прошлом, поэтому компонент усвоения полезного опыта по мере развития программ может быть включен и в процесс.

Вставка 2.

Масштабная реформа в области медицинской и социальной помощи в Финляндии

Программа реформ

Изменения в системе здравоохранения и социальной защиты в Финляндии считаются важной частью правительственной программы реформирования. При этом последние политические события показали, что при отсутствии согласования таких изменений с политическим управлением они с большой вероятностью обречены на неудачу. При разработке реформ цель состояла скорее в решении задач будущего, чем устранении нынешних трудностей в системе.

В основе реформ лежат крупные структурные и административные изменения, связанные с переносом ответственности за предоставление общественных услуг в 18 регионов, а не в 200 (или около того) муниципалитетов. Наряду с этим предложено внедрение приватизации и использование конкурентных и рыночных механизмов в целях улучшения качества, расширения выбора и сдерживания расходов. Однако с идеологической точки зрения переход к открытому рынку встретил сопротивление и вызвал озабоченность парламентского Комитета по конституционному праву. В настоящее время реформы приостановлены.





Основные трудности и возможности

- В связи с переходом на прямое финансирование 18 регионов в соответствии с оценкой демографических потребностей высказывались критические соображения, но в то же время в этом обстоятельстве в равной степени видится движущий потенциал, поскольку в результате местные политики заинтересовались реформами и, в частности, возможностями инвестирования средств в регионах.
- Возникла напряженность между кажущимся директивным вектором реформ и сопутствующими местными инициативами в 18 регионах, которые обретут статус полуавтономных наряду с некоторыми новыми свободами.
- Ключевым было обеспечение непрерывного участия всех сторон и всех интересов, правда с учетом риска политических разногласий и усталости от реформ.
- Вместо привлечения врачей к процессу реформирования им было предложено поддержать реформы путем реструктуризации больниц и развития национальных центров, например, новых национальных центров по лечению рака, по неврологии и геномике.
- Несмотря на наличие в Финляндии национальной электронной системы учета медико-санитарных и социальных услуг, дальнейшее распространение цифровых технологий было признано одним из основных инструментов процесса реформ, а также самостоятельной целью. Цифровые технологии стимулировали в людях рост ответственности за свое здоровье. Кроме того, цифровой формат упрощает привлечение внимания совершенно новых групп и коммерческих организаций к предлагаемым новым возможностям.
- Несмотря на потенциальное разделение рынка медицинских услуг в связи с предлагаемой приватизацией и с учетом нынешнего числа частных поставщиков медицинских услуг, цифровым технологиям отводилась роль механизма, призванного обеспечить более плотную интеграцию предоставления услуг (при условии необходимого законодательства в действии).

Вставка 3.

Внедрение крупномасштабных реформ здравоохранения в Республике Молдова

Пакет реформ

За последние 10–13 лет в Республике Молдова состоялось развитие и укрепление системы медико-санитарных услуг: произошел переход от системы Семашко к смешанной модели, полностью финансируемой государством системы предоставления медико-санитарных услуг и системы





социального страхования, основанной на обязательных взносах на медицинское страхование, которое в настоящее время охватывает 85 % населения. В основе реформ – шесть основных целей:

- улучшение здоровья населения, в том числе за счет внедрения семейной медицины и децентрализации первичной медико-санитарной помощи;
- увеличение потенциала системы;
- рациональное использование ресурсов
- обеспечение доступа к лекарственным средствам;
- обеспечение всеобщего доступа к высококачественным и безопасным медицинским услугам
- укрепление потенциала услуг общественного здравоохранения.

Актуальные средства достижения этих целей – пересмотр системы стационарной помощи, системы общественного здравоохранения и системы первичной медико-санитарной помощи.

Внедрение изменений

Ниже перечислены основные параметры внедрения изменений в Республике Молдова:

- создание Стратегического консультативного совета для поддержки планирования, осуществления и мониторинга крупномасштабной реформы систем здравоохранения, что будет способствовать принятию политических и технических решений, таким образом повышая политическую осуществимость реформ. В свою очередь, на повестке дня возник вопрос о том, кто и на каком уровне будет принимать, например, стратегические решения о закупках;
- учреждение специального подразделения для реализации и мониторинга реформы больничного сектора, которое будет работать вместе с международными командами;
- системные изменения в отношении руководства сектором здравоохранения с учреждением Министерства здравоохранения (мера, одобренная Парламентом);
- обеспечение более высокой заработной платы на основе стажа работы и показателей эффективности работы;
- укрепление национальной системы закупок для сети медицинской помощи в целях более рациональной организации распределения лекарств, что, в свою очередь, привело к повышению эффективности диагностики и лечения ряда нозологических групп заболеваний;
- развитие и расширение обеспечения медицинскими услугами по месту жительства, в том числе за счет предоставления услуг по уходу на дому, открытия молодежных центров и мер по охране психического здоровья;
- укрепление системы общественного здравоохранения путем создания местных советов общественного здравоохранения, а также разработки национальных программ общественного здравоохранения и создания лабораторных комплексов;





- Молдове была оказана международная поддержка, и этот факт стал отправным моментом дискуссии о том, должна ли быть предусмотрена «точка входа» для внешних консультантов (в формате единичных случаев, связанных с охраной здоровья, в качестве рычага, стимулирующего рост энтузиазма) или же сначала необходимо укрепить систему изнутри, прежде всего в плане потенциала и возможностей.

Вставка 4.

Перспектива гражданской службы: крупномасштабные преобразования в Бельгии

Реформы

Индексы потребительского здоровья показали высокую удовлетворенность пациентов в стране, но итоговые показатели здоровья были умеренными. В Бельгии в 2014 г. началась новая эра реформ, и в новых условиях был дан старт 20-ти программам реформирования. Реформы, которые воспринимались как весьма перспективные, распространились на организацию и финансирование больниц, реорганизацию управления сектором здравоохранения и изменение роли страховых компаний. С учетом ряда сложных моментов, ряд которых подробно описан ниже, программа преобразований в настоящее время сокращена всего лишь до пяти реформ.

Проблемы с реализацией

- Трансформационный бюджет преобразований никогда не отличался стабильностью и мог в любой момент измениться. Опасения о достаточности объеме бюджета возникали каждые три-четыре месяца и приводили к параличу реформ. Бюджетные сокращения регулярно сопровождалось перенаправлением финансирования на события чрезвычайного характера, таких как случаи угрозы безопасности.
- Возможно, реализация 20 программ – слишком амбициозная задача, но в то же время было трудно выделить конкретные вопросы, так как все они переплетались друг с другом, частично из-за отсутствия существенных реформ в предыдущие политические периоды, в течение которых нормой было скорее постепенное реформирование, а не радикальные изменения. Тем не менее, усталость от реформ охватила как сторонников, так и противников преобразований.





- Несмотря на достигнутый в отрасли консенсус о необходимости преобразований, существовали различия между общим видением концепции, целей и планов и реальностью в рамках каждой реформы на местном и оперативном уровнях.
- В корпоративной системе, которая привыкла функционировать в среде высоким уровнем благосостояния, был слабый общественный сектор, обладающий малыми полномочиями и недостаточными финансовыми средствами, поэтому отсутствовала компетентность, необходимая для надлежащего руководства (например, управления программами).
- Административное руководство системой здравоохранения отличалось излишней сложностью: здравоохранением, стратегическим руководством и координацией деятельности занимались восемь министров, а также 250 консультационных советов. Проблема усугублялась тем, что принятие политических решений носило в значительной степени централизованный характер, в то время как представители сектора были «отсоединены» от оперативного уровня. Таким образом, для осуществления необходимых изменений потребовались серьезные навыки ведения переговоров.
- Отсутствие местного самоуправления также могло способствовать сведению на нет возможной активности и новаторской деятельности на местах.
- Сектор здравоохранения представлял собой сложную систему: больницы и неотложная помощь финансировались на федеральном уровне, при этом финансирование плановых вмешательств осуществлялось на региональном уровне. Численность медицинского персонала определялась на федеральном уровне, а потребности в количестве врачей узкой специализации – на региональном уровне, и так далее.
- Изменения в среде происходили намного быстрее, чем реализация политики.

Практический опыт

- Понимание цели не означает умения видеть перспективу, а идеи развития нельзя считать планом.
- Необходимо уметь управлять политическими процессами принятия решений, работать с министрами и адаптироваться к меняющимся политическим реалиям.
- Существует соблазн сосредоточиться, в основном, на содержании, при этом разрушение связей – это нечто само собой разумеющееся в политическом процессе со сменой руководства через регулярные промежутки времени.
- Есть потребность в прогрессивных навыках руководства программами, в том числе в сфере распространения программ и проектов, а также соответствующего опыта и возможностей на федеральном, региональном и муниципальном уровнях.
- Необходимо жить согласно убеждениям. В то время как политическая администрация выступала за большую интеграцию в этом секторе, повышение эффективности и ориентированности на результаты, сам административный аппарат отличался громоздкостью, дезорганизацией и избыточным кадровым составом.

4.2. Некоторые проблемы

Были проведены дебаты в малых группах, в ходе которых участники обсудили основные препятствия и способствующие факторы, с которыми они столкнулись в процессе осуществления крупномасштабных преобразований системы медико-санитарной помощи. Обсуждение было организовано в рамках четырех из пяти стимулирующих факторов, способствующих росту восприимчивости в модели восприимчивых к изменениям контекстов. Отдельной дискуссии по пятому фактору (отношениям между менеджерами и клиницистами) в качестве обособленного и четко выраженного фактора не планировалось, поскольку очевидна взаимосвязь этого аспекта с другими четырьмя факторами. Некоторые участники также отметили потенциально ошибочную тенденцию узко рассматривать этот аспект, при том что ни у кого не возникло сомнений в его важности.

Позже выступавшие дополнительно поделились размышлениями об этом факторе. Один из них предположил, что только лишь согласия клиницистов недостаточно: врачи должны разделять убеждение в рациональности реформ. Кроме того, в случае если для поддержания заинтересованности медицинских работников предлагаются одни лишь обещания в отсутствие реальных изменений и действий руководства, может снова возникнуть скептическое отношение к любым реформам. Тем не менее, связь между руководством управленческого звена и клиницистами с одной стороны и остальными четырьмя факторами – с другой отражена в следующем обсуждении.

Отмечались пересечения между существующими барьерами и возможностями для реформ (одни и те же явления попадают более чем в одну категорию), но при этом некоторые из них можно было отнести ко всем четырем факторам в зависимости от угла зрения. Например, участники рассматривали информационные технологии (ИТ) в качестве цели развития поддерживающей организационной культуры, а также как способствующий процессу механизм во всех областях восприимчивости реформ. Аналогичным образом, участие и вовлечение пациентов воспринималось очень по-разному в разных контекстах. Это еще раз напомнило о важнейшем значении политических и культурных контекстов.



В ходе обсуждения этой темы участники рассказали о собственном опыте. Впечатления экспертов, сгруппированные по содержанию, представлены ниже.

4.2.1. Качество и согласованность политики

Как отмечалось выше, важную роль играет качество политики, разрабатываемой на национальном и местном уровнях, с точки зрения как аналитических, так и связанных с процессом компонентов. Политика, в основе которой – факты и данные, имеет большое значение для представления рациональной аргументации в пользу изменений, которая убедит заинтересованные стороны в том, что преобразования заслуживают поддержки. Успешным стратегиям присущи согласованность целей, осуществимости и реализации, а также соответствие между ними.

В ходе обсуждения этой темы участники рассказали о собственном опыте. Впечатления экспертов, сгруппированные по содержанию, представлены ниже.

Согласованность политики и планов: участники почти всех групп отметили важность согласованного видения политики и планов. Они были свидетелями изменений политического руководства, которое могло по-разному относиться к продвижению реформ. Они имеют представление о коалиционных правительствах, где личные интересы чиновников соперничают с приоритетными задачами. И то, и другое – серьезные препятствия на пути осуществления преобразований. Например, в Кыргызстане, с учетом изменений в коалиционном правительстве на протяжении 18 месяцев, было особенно сложно поддерживать единодушие в отношении политики и реформ в области здравоохранения. В Российской Федерации лица, ответственные за формирование политики, преодолевают проблемы реализации реформ, возникающие из-за частой смены руководства, концентрируясь на более долгосрочных циклах планирования в целях объединения приоритетов и политики в одной всеобъемлющей системе.

По мнению участников дискуссии, смена идеологии ослабляет процесс реформирования, что иллюстрирует пример реформ в Финляндии (вставка 2). Эта тема вызывает беспокойство и у государственных служащих старшего звена в других странах: когда меняется министр отрасли, не исключено, что новый руководитель запланирует разработку альтернативных планов реализации, в основе которых может быть иная теория изменений. Возможны и худшие варианты развития событий, когда более настойчивые политические игроки сосредотачиваются на служении своим собственным или чужим интересам, что сказывается на стабильности планов.

Уровень притязаний: участники обратили внимание на потенциальный барьер в виде чрезмерно больших амбиций (реальные примеры описаны в тематических исследованиях реформ в Бельгии (вставка 4), Нидерландах и Уэльсе). Масштаб амбиций может проявляться не только на уровне программы реформ; он также может вызывать сомнения в осмысленности задуманных изменений у заинтересованных сторон, в том числе у клиницистов и пациентов, и приводить к усталости от реформ. Избежать этой проблемы можно за счет поддержания равновесия между масштабом и темпами реформ, масштабом и темпами преобразований.

Участники задались вопросом: зависит ли масштаб амбиций от территориального размера страны. Также обсуждался вопрос о том, насколько проще осуществлять крупномасштабные преобразования в странах, которые занимают меньше места на карте мира, например, в Северной Ирландии, Уэльсе или Шотландии по

сравнению с Англией. К конкретным выводам по этому вопросу участники дискуссии не пришли, однако было высказано мнение о том, что сложнее поддерживать согласованную политику и осуществлять планирование в соответствии с надлежащим потенциалом там, где амбиции велики и страна отличается многообразием.

Нормативно-правовые рамки: в ходе ряда обсуждений был рассмотрен вопрос о том, необходимы ли корректировка или изменения нормативной базы в целях осуществления реформ. Некоторые участники подчеркнули позитивное значение корректировки структуры стимулов, например, с целью выделения большего времени для пациентов и предоставления услуг в противовес концентрации исключительно на потенциале. Особое внимание привлек случай Нидерландов, где структура стимулирования, заложенная в законодательной базе, противоречила направлению реформ, связанному с сокращением потенциала больниц. Крайне важно, чтобы политическая повестка дня на национальном уровне соответствовала приоритетам на местном уровне. В более широком смысле это означает, что очень важно поддерживать общесистемный подход, и тогда все стимулы и инструменты воздействия будут направлены вдоль одного вектора.

База фактических данных: хотя участники отметили большое значение международной базы фактически данных в качестве основы для реализации реформ в Швеции, они редко ссылались на нее в ходе других обсуждений.

В Российской Федерации, где явным препятствием для реформ в области здравоохранения стало отсутствие соответствующих поддающихся измерению данных и количественных показателей сравнительных исследований, в настоящее время данные в программах реформ начинают использовать для информирования общественности и повышения ожиданий. Вот таким образом доказательная база переходит скорее в категорию возможностей.

Участники воспринимают адекватные данные как ресурс возможностей в любых условиях, в частности, для предоставления клиницистам отзывов об их работе и для создания или подтверждения данных.

Согласованность планов: участники согласились с тем, что понимание, или «осмысление» планов всеми заинтересованными сторонами играет роль основного движущего фактора. В основе реформ должны быть четкие формулировки и теория изменений: не только близкие по форме и содержанию для политиков и технократов, но и привлекательные и понятые для более широкой группы заинтересованных сторон. Если программа изложена невнятно и противоречиво, едва ли наступит этап практической реализации. Подобный разрыв увеличивает вероятность ошибочного толкования и может привести к попыткам на местном уровне по-своему понять ориентиры реформ.

Например, несмотря на бытующее мнение, что в основе системных преобразований в Англии отсутствовала какая-либо конкретная теория изменений, в целом признается, что этим реформам присущи четкие формулировки и сбалансированное видение (NHS, 2014 г.; NHS, 2017 г.). Тем не менее, было непросто обеспечить согласованность во всех регионах на этапе реализации плана. Проблема с согласованностью может усугубляться по мере развития «Подконтрольных систем оказания медицинской помощи» и под влиянием передачи полномочий в некоторых регионах. Кроме того, воспринимаемый технократический характер

политического нарратива, возможно, не нашел отклика у медицинских работников на региональном и местном уровнях. В Нидерландах распространение так называемых новаторских больниц, которым удалось уменьшить больничную базу, послужило вдохновением для других стационаров.

Ключевым соображением является баланс между значением демонстрации успехов пилотных областей и передовых структур на местном уровне, с одной стороны, и реальной вероятностью того, что ожидания массового успеха реформ в масштабе всей системы могут не оправдаться. Некоторые участники рассматривали преимущества восприятия и развития изменений в равной степени как бизнес-стратегии, а не просто инициативы в сфере разработки политики. Это может способствовать достижению консенсуса в отношении того, что именно принесет успех и обеспечит согласованность с планами реализации.

Кроме того, было уделено внимание значению соответствия национальных и местных планов реализации и стремления обеспечить согласованность между политическими намерениями и местными реалиями. Для ряда европейских стран, и особенно на территории постсоветских государств характерно отсутствие синхронизации и согласованности действий руководства на национальном, федеральном и региональном уровнях. В результате возникала политическая напряженность и, как следствие, проблемы, связанные с осуществлением преобразований.

Некоторые участники полагают, что развитию чувства причастности к происходящим реформам может способствовать заинтересованность местных предприятий.

Участие заинтересованных сторон: В некоторых странах процесс реформ влечет за собой непрерывные дискуссии, семинары и симпозиумы с основными заинтересованными сторонами на национальном и местном уровнях, т.е. как с местными структурами, так и с практикующими врачами. Например, в Нидерландах разработка и использование показателей качества в основе оплаты труда стимулировала рост заинтересованности и чувства сопричастности среди клиницистов.

Однако субсидиарность может являться препятствием в том смысле, что для реализации планов требуется соответствующий потенциал и компетентность на местном уровне. Отметим еще раз, что определенную роль в успехе или провале такого подхода могут сыграть размер страны и масштаб реформ.

Участники особо отметили возможности использования различных средств массовой информации, в том числе социальных сетей и форумов онлайн-сообществ, имеющих отношение к вопросам здоровья и благополучия. Кроме того, убедительные цифры и факты для презентаций на всех уровнях, в том числе для политиков и общественности, можно почерпнуть в больших базах данных.

Благоприятный эффект может иметь приглашение к участию в процессе реформ пациентов как на коллективном, так и на индивидуальном уровне в целях укрепления доверия со стороны общественности. Непонимание сути реформ и/или страх потери привычных возможностей могут стать препятствием для реализации изменений. Например, в Уэльсе, несмотря на учреждение интегрированных организаций по типу «покупатель-поставщик»

услуг, реформы в основном коснулись вторичного уровня медицинской помощи. Возникли некоторые трудности при попытках сформировать доверие общественности во внебольничной среде.

В Англии Планы устойчивого развития и трансформации также не получили поддержки со стороны широкой общественности. Это произошло несмотря на политику, направленную на воздействие на общественный дискурс, в которой подчеркивались преимущества реформ для населения. Смещение акцентов и влияние на обсуждение реформ в обществе, позволяющие стимулировать восприятие преимуществ, а не потерь, – трудная задача, которая может стать фактором содействия.

Работа с формальными и неформальными общественными группами и объединениями может положительно сказываться на мнениях пользователей системы здравоохранения. Тем не менее, участники дискуссии согласились с необходимостью более прогрессивных и эффективных методов и инструментов вовлечения в процесс пациентов и граждан, чтобы понять их потребности и нужды. Такие мероприятия необходимы как на местном, так и национальном уровнях. В настоящее время очевидных механизмов для этого не существует. В ряде стран на фоне отсутствия общественных организаций (например, в Беларуси) основное внимание сосредоточено на вопросах взаимодействия с органами исполнительной власти и их участии в процессах реформ на местном уровне. Вызывает озабоченность тот факт, что полноценность ассоциаций пациентов может оказаться под угрозой, поскольку, как правило, они получают финансовую помощь от фармацевтических компаний. Такая практика зафиксирована в Российской Федерации и в ряде других стран.

Оценка: Участники, в целом, согласны с тем, что последовательное проведение оценки и получение отзывов и предложений имеют серьезное значение для согласования политики и закрепления изменений. Быстрые достижения участники дискуссии причисляют к движущим факторам, однако были отмечены различия между небольшими, постепенными результатами и традиционными победами. Традиционные победы производят большое впечатление как на политиков, так и на представителей общественности. Еще раз отметим, что принципиальное значение имеет сбалансированность: сообщения о быстрых победах поддерживают динамику, последовательность и согласованность реформ, но таким достижениям не стоит уделять слишком много внимания и, тем самым, отвлекать от крупномасштабных реформ (как это произошло в Бельгии).

По мнению участников, еще одним движущим фактором может быть исследование непредвиденных последствий. Речь идет о признании положительных результатов, а также о смягчении рисков негативных последствий путем их упреждающего контроля. В этом контексте участники совещания обратили внимание на последствия повышения эффективности медицинской помощи в больницах – это может привести к избыточному потенциалу и, в свою очередь, привлечь больше пациентов. Поскольку это может повлечь за собой использование более дорогостоящих услуг, стоимость их может по-прежнему оставаться высокой.

Как заметил один из экспертов, крайне важно «постоянно сканировать среду» и общаться со всеми заинтересованными сторонами. Открытым остался основной вопрос: как поддержать успешные мероприятия на местном уровне и отразить их результаты в национальной программе перспективного развития. Одно из

предложений заключалось в создании команд внутри команд, которые будут постоянно оценивать, с одной стороны, темпы и качество развития, а с другой стороны – сам процесс.

4.2.2. Политика и давление среды

Предметом активного обсуждения на совещании стала необходимость признания политического характера крупномасштабных преобразований. Важно осознавать влияние политики на среду, регулирующую крупномасштабные изменения, и связывать это с политическим контекстом.

Наблюдающиеся в разных странах различные политические контексты создают множество проблем. Участники воспринимают национальные и местные механизмы управления как барьеры для реформ во многих европейских странах, начиная с Бельгии (вставка 4) и заканчивая Хорватией, где лицам, определяющим политику, приходится работать с 21 административным органом здравоохранения. Подобный пример – и в Российской Федерации, где 85 территориальных единиц имеют собственные органы управления здравоохранением.

Участники согласились с тем, что нельзя не учитывать политические вопросы. Известно, что ведение переговоров о политическом игровом поле – одна из главных особенностей в ряде постсоветских государств. Например, в Кыргызстане, где существует постоянная потребность в переговорах и оказании влияния на уровне президента (несмотря на неоднократную смену руководства), политизация программы реформ в системе медицинской помощи стала дополнительным препятствием ее осуществления.

В других обстоятельствах приходится согласовывать расстановку сил между политиками и государственными служащими. Опять же, определенную роль в этом сыграли изменения в руководстве. Необходимо равновесие между политическими амбициями, технократией, демократией и насущностью перемен, не в последнюю очередь потому, что преобразования систем здравоохранения – это медленный процесс, который редко или почти никогда не совпадает с избирательными циклами. Большинство участников согласились с тем, что укрепление доверия со стороны заинтересованных сторон является дополнительным способствующим успеху фактором в этом контексте.

Многие участники полагают, что политическая нестабильность на уровне верховной власти является ведущим фактором, препятствующим подходам, скорее связанным с инициативой снизу; при этом были высказаны сомнения в том, действительно ли словосочетание «стабильность и реформы» является оксюмороном, а разрушение связей – движущим (и в какой степени) фактором. Несмотря на различия во взглядах, многие участники согласились с тем, что разрушение связей подлежит контролю, если этому явлению приписывается роль стимулирующего фактора.

Эти выводы, в свою очередь, вызвали дискуссию о том, действительно ли так называемая «горячая платформа» (кризис, способный оправдать немедленные изменения) необходима для создания климата, благоприятствующего реформам. Например, министры могут утверждать, что отправной точкой для реформы является, скорее, не кризис, а политическое выживание и необходимость сохранить достижения. В ситуации актуальной или прогнозируемой проблемы формирования политики баланс между срочностью и

тщательностью разработки и планирования политики и реализации создает правильную среду для перемен. Для лиц, формирующих политику, важно быть готовыми к наступлению кризиса, а также к принятию консенсуса. Инвестиции в потенциал преобразований, системы, компетентность и отношения – все это часть процесса.

Трудности, вызванные бюджетными сокращениями, и отсутствие необходимых средств, предусмотренных для ускорения изменений, – это фундаментальная проблема процесса реформирования во всех сферах. Кроме того, по причине перераспределения средств в разгар реформ (в качестве меры экономии или из-за непредвиденных событий, например угроз безопасности) некоторым странам, включая Бельгию, пришлось испытать то, что они назвали «фискальным террором».

Некоторые участники также отметили связь между отсутствием адекватных фондов переходного периода и сроками и срочностью проведения реформ. Так, в Англии люди ожидали большего от Планов устойчивого развития и трансформации (а в последнее время – от подконтрольных систем оказания медицинской помощи), чем позволяли временные сроки и доступное финансирование. Представители Кыргызстана подчеркнули, что результативными были не только аргументация в пользу внешних инвестиций и поддержки, но и переосмысление потребностей в услугах здравоохранения в экономическом плане, а также конкретизация потенциальных финансовых выгод¹.

4.2.3. Ключевые лидеры процесса изменений

Для крупномасштабных преобразований решающее значение имеет подготовка лидеров, способных возглавить процесс реформ. Речь не идет о героических лидерах традиционного типа, работающих в командном стиле управления и контроля, но о тех, кто осуществляют руководство более точными и тонкими способами и применяют подход, связанный с распределением полномочий. В ходе пленарных дискуссий эксперты в этой области обсуждали различия между понятиями «старой власти» (формой политического правления, к которой относятся более традиционные и переходные формы власти), и «новой власти» (с современными методами управления государством). Они определили новую власть как ресурс, формирующийся через общие цели, и эта концепция во многом носит социальный характер. Две формы власти не являются взаимоисключающими: реальные факторы развития и возможности перемен существуют там, где эти формы правления взаимодействуют и соединяются.

В этом контексте участники вынесли на обсуждение вопросы противопоставления структуры и способности индивидуумов действовать независимо. В основе многих традиционных механизмов крупномасштабных преобразований – изменение или смещение структурных механизмов, в том числе плановых показателей, целей, конкуренции, управления программами и пр. Тем не менее, помимо этих процессов с очевидными результатами возможны менее ощутимые действия; центральным для подхода на основе полномочий (или способностей к действиям) является наращивание потенциала и возможностей системы, а также подготовка лидеров, способных действовать, используя более тонкие, «распределительные» методы и коллективный подход.

¹ Это центральная идея Таллиннской хартии: инвестирование в системы здравоохранения ради здоровья и благополучия (ЕРБ ВОЗ, 2008 г.).

Основной движущей силой здесь является баланс между продвижением вперед с попутным стимулированием лидеров системы к переходу к активным действиям, с одной стороны, и созданием возможностей развития у лидеров чувства причастности к реформам, при этом обеспечивая у них ощущение и веру в то, что они действуют рационально и осмысленно. Признание существования кризиса или стимула для реформ и изменений – это лишь первый шаг на пути к успеху, поощрению прозрачности и формированию новых и доверительных отношений. Цель состоит не в том, чтобы готовить лидеров к осуществлению управления с контролем мельчайших деталей, а в том, чтобы создать благоприятные условия для устранения разрыва между стратегиями/политикой и организационными реалиями.

Участники обратили внимание на примеры таких стран, как Нидерланды, где на местном уровне были созданы возможности для предпринимательской деятельности как заказчиков, так и поставщиков, и это стимулировало развитие новых инициатив.

Изменения в руководстве могут также потребовать применения разных подходов к управлению. По контрасту с командным стилем управления и контроля более гибкий сетевой подход, основанный на горизонтальных, а не вертикальных связях, может обеспечить взаимодействие между командами и организациями, способствуя созданию сети обучения и действий.

4.2.4. Поддерживающая организационная культура

Культура оказывает самое серьезное влияние на модели поведения в лечебно-профилактических учреждениях. Понятие культуры включает в себя глубоко укоренившиеся установки и ценности, которые проявляются в определенных закономерностях поведения. Эти поведенческие модели могут становиться препятствиями для преобразований и вызывать инерцию. Как правило, в системах здравоохранения представлено сложное сочетание множественных культур, при этом лидеры организации могут выступать в качестве основных проводников культурных изменений.

По мнению участников, осуществление преобразований за счет вовлечения людей на местах, проведения консультаций, бесед и информационных мероприятий создает основу для изменений на местном уровне и внутри организаций и действует как катализатор для минимизации сопротивления и содействия заинтересованности. Однако лидерам следует стремиться к оптимальному балансу между удовлетворением неотложной потребности в реформах и признанием того, что для таких процессов требуется время.

В то же время эксперты отметили, что механизмом обеспечения и ключевым фактором реформ является предоставление возможности для маневра и экспериментирования на местном уровне (наряду с правом на ошибку). Это особенно верно, учитывая необходимость в изменении моделей поведения и привычной профессиональной практики заинтересованных сторон, в частности, руководителей и клиницистов на местном уровне.

В ходе совещания эксперты высказали сомнение в том, что представление исключительно положительных фактов – залог улучшения методов работы и моделей организационного поведения. Например, рассказ Эстер

иллюстрирует путь пациента в системе медицинского обслуживания. Изучение истории пожилой женщины с сердечной недостаточностью позволяет практикующим врачам понять ее нужды, наблюдая за процессом ее глазами, а не глазами медицинских сотрудников.

В некоторых странах эффективно работает идея улучшения условий труда специалистов за счет оформления более долгосрочных контрактов и изменения критериев, в соответствии с которыми оформляются платежи. Однако во многих странах серьезным препятствием стало отсутствие сильного руководства со стороны медицинского сообщества (с позиций того, какой, по их мнению, следует быть системе в долгосрочной перспективе). Некоторые участники отметили, что, хотя нередко клиницисты весьма искусно критикуют недостатки предлагаемых реформ (то есть тот вред, который они потенциально могут принести пациентам), им может не хватать умения видеть перспективы медицинского обслуживания на клиническом уровне. В целях устранения этого разрыва очевидна необходимость услышать мнения разных сторон процесса.

Как отмечалось ранее, вовлеченность на местном уровне – это неотъемлемая часть успешной реализации реформ. Это подразумевает участие конечных пользователей системы здравоохранения, стремление понять их взгляды и изучить возможности их вовлечения в процессы реформ и принятия решений и усилия по оптимизации предоставления услуг.

Участники еще раз особо отметили, что развитие новой культуры в организациях означает более творческие и разнообразные методы работы с пациентами, семьями и лицами, ухаживающими за больным, а также изучение возможности использования скорее более тонких компонентов изменений, чем применение традиционных структурных механизмов. Самим пациентам принадлежит роль наиболее значимых новаторов, поэтому очень важно услышать их мнения, не в последнюю очередь потому, что политикам и профессионалам сложно служить тем, кто сосредоточен на недостатках системы.

Во время дискуссий было сформулировано важное различие между вкладом и участием пациентов в разработке компонентов медицинской помощи (например, маршрут пациентов в системе медицинского обслуживания), и в более широкие вопросы, такие как изменение политики, использование ресурсов или разработка образа системы. Ключевой вопрос состоит в том, следует ли привлекать пациентов к участию в реформах качества обслуживания или в конструктивных изменениях.

Некоторые утверждали, что отсутствовало четкое поощрение более активного вовлечения в разработку Новых моделей медицинской помощи и Передовых подразделений в Англии. В основе этой дискуссии лежат вопросы разграничения между пациентами и общественностью (аспект, который не часто обсуждается в Соединенном Королевстве) и степени легкости, с которой можно обозначить их соответствующие роли в рамках процесса взаимодействия.

Дискуссии привели к размышлениям об использовании ИТ и других технологий. Например, в Финляндии электронное здравоохранение (e-health) и сопутствующие технологии рассматривались как стимулы для местных предприятий и деловых кругов, почти как самостоятельные цели или реформы. При этом в Бельгии они

использовались, скорее, как механизмы содействия. Большинство участников полагают, что применение ИТ – это неотъемлемая часть преобразований и процесса изменений, и отмечают растущее значение технологий. Эксперты отметили различные методы, с помощью которых ИТ могли бы стать важнейшим стимулирующим фактором для определения показателей эффективности на основе результатов, поддержки организационных изменений, маршрутизации пациентов в разных системах оказания медицинской помощи и пр.

Вставка 5 содержит описание основных трудностей и возможных решений, которые обсуждали участники. В таблице отражена общность проблем, возникающих в разных странах и контекстах. Кроме того, показано, что каждый ключевой фактор содействия, который был выявлен в результате дискуссий, четко соотносится с теми аспектами, которые перечислены в рамочной основе восприимчивых к изменениям контекстов и в проекте «Контрольного перечня для оценки вашей готовности к изменениям» на основе этой системы. Примечательно, что возможные решения – это также адаптивные процессы и потребность в них, а не просто необходимость в технических изменениях, что отражает сложность преобразований систем здравоохранения.

Вставка 5.

Краткое справочное руководство: трудности и решения

ТРУДНОСТИ И ПРОБЛЕМЫ	ВОЗМОЖНЫЕ РЕШЕНИЯ
Изменение политического управления.	<p>Умение приспосабливаться к процессам принятия политических решений, к работе с министрами. Адаптация к меняющимся политическим реалиям.</p> <p>Обсуждение случаев слабой организации, обеспечение видения политики.</p> <p>Необходимость включенности в политическую структуру.</p> <p>Проведение переговоров между государственными служащими и деятелями национальной политики с целью построения доверительных отношений.</p> <p>Баланс между необходимостью так называемой «горящей платформы» для того, чтобы позволить реформам осуществиться, и потребностью политиков выжить политически и сохранить достижения. Но надо быть готовым и к кризису.</p>





ТРУДНОСТИ И ПРОБЛЕМЫ	ВОЗМОЖНЫЕ РЕШЕНИЯ
«Террор» бюджета.	Готовность к сокращению финансирования в разгар реформ и перенаправлению средств в другие сферы. Важно иметь бюджет на преобразования.
Комплексные системы управления органов здравоохранения.	Разработка плана всеобщего охвата.
Отсутствие согласованности планов.	Обеспечение согласованного представления о реформах всех заинтересованных сторон. При необходимости обеспечение согласованных действий национальных и региональных органов здравоохранения. Обеспечение согласованности между действиями региональных руководителей пилотных территорий/новаторов и национальной политикой и концепцией реформ. Баланс между ожиданиями и реальностью при демонстрации достижений местных руководителей пилотных областей и передовых структур. Обеспечение заинтересованности местных организаций как условие ответственности за процесс реформ и чувства сопричастности на местном уровне.
Планы слишком амбициозны, но при этом очень взаимосвязаны; потенциальное сочетание с усталостью от реформ.	Поддержание баланса между масштабом реформ и масштабом преобразований.





ТРУДНОСТИ И ПРОБЛЕМЫ	ВОЗМОЖНЫЕ РЕШЕНИЯ
<p>Необходимость постоянного процесса оценки.</p> <p>Трудность информирования об успешных мероприятиях на местном уровне в целях формирования национального видения процесса.</p>	<p>Обеспечение непрерывной обратной связи.</p> <p>Различение «быстрых достижений» (краткосрочных результатов) и более традиционных побед, которые позволят произвести впечатление на все потенциально заинтересованные стороны.</p> <p>«Быстрые достижения» не должны отвлекать внимание от курса реформ.</p> <p>Создание местных команд, имеющих выход на национальный уровень с целью оценки прогресса и процесса.</p>
<p>Законодательная основа не синхронизирована с желаемыми реформами.</p>	<p>Обеспечение поддержки реформ со стороны законодательной базы.</p> <p>Обеспечение синхронизации национальных и местных рычагов регулирования и стимулов.</p>
<p>Отсутствие доказательной базы для реформ.</p>	<p>Поиск фактических данных в международном опыте.</p> <p>Укрепление связей между представителями научных кругов и лицами, формирующими политику.</p> <p>Использование данных для стимулирования соответствующих изменений в моделях поведения клиницистов.</p> <p>Использование данных для упрочения общественной поддержки реформ.</p>



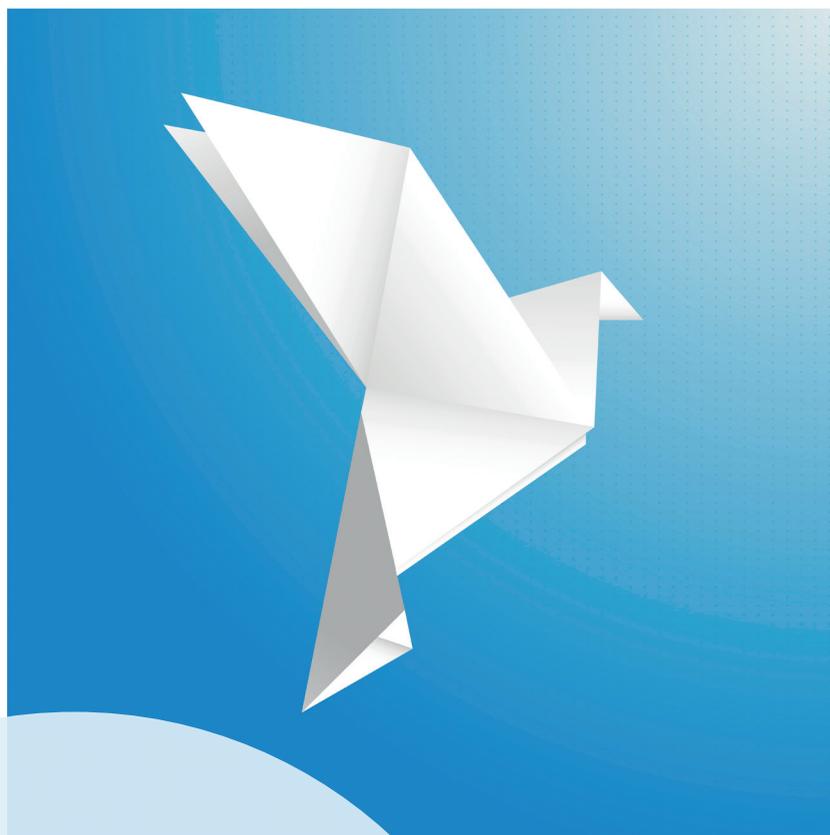


ТРУДНОСТИ И ПРОБЛЕМЫ	ВОЗМОЖНЫЕ РЕШЕНИЯ
Недостаточный внутренний потенциал.	<p>Развитие адаптивного и распределительного руководства с особым вниманием к взаимодействию между «старой» и «новой» властью.</p> <p>Понимание и использование подхода, который основывается на способности индивидуумов действовать самостоятельно.</p> <p>Обеспечение для местных руководителей благоприятных условий для формирования чувства сопричастности, устранение разрыва между политическими и организационными реалиями и поощрение местного предпринимательства</p>
Отсутствие благоприятной корпоративной среды.	<p>Поощрение местного участия в преобразованиях, проведение консультаций и бесед, постоянная информационная работа.</p> <p>Приглашение клиницистов к участию в проектировании реформ.</p> <p>Обеспечение права на неудачу и ошибку.</p> <p>Улучшение условий труда для медицинских работников, в том числе за счет изменений в договорных отношениях.</p>
Зависимость от внешней поддержки.	<p>Использование единой «точки доступа» в качестве рычага давления.</p> <p>Обеспечение надежности и функциональности внутренней системы.</p>





ТРУДНОСТИ И ПРОБЛЕМЫ	ВОЗМОЖНЫЕ РЕШЕНИЯ
Отсутствие участия заинтересованных сторон.	<p>Стимулирование участия клиницистов в реформах и формирования у них чувства сопричастности.</p> <p>Внедрение платежей на основе пользы и качества.</p> <p>Обеспечение адекватных компетенций и возможностей в рамках местных групп заинтересованных сторон.</p> <p>Сбор и распространение обратной связи со стороны пациентов.</p> <p>Использование социальных сетей и онлайн-сообществ.</p>
Отсутствие вовлеченности пациентов.	<p>Обеспечение понимания реформ: важно, чтобы пациенты и общественность точно знали, что они приобретают, а не теряют. Различение голосов пациентов/общественности на групповом и индивидуальном уровнях.</p> <p>Различение между использованием мнений пациентов/общественности при проведении реформ, касающихся пути пациента в системе медицинского обслуживания/качества медицинской помощи, и при проектировании системы медицинской помощи.</p> <p>Различение пациентов и широкой общественности.</p> <p>Проведение консультаций с конечными пользователями.</p> <p>Взаимодействие с ассоциациями пациентов, общественными группами и НПО.</p> <p>Использование социальных сетей и онлайн-сообществ.</p> <p>Поиск более эффективных видов участия.</p>
Необходимость расширения использования информационных технологий (ИТ)	<p>Делать различие между ИТ как механизмом содействия реформам и как собственно реформой.</p> <p>Продвижение технологических возможностей для более широкой группы заинтересованных сторон.</p> <p>Использование ИТ для упрощения информационного сопровождения реформ.</p>



Далее выступающие обсудили проект «Контрольного перечня для оценки вашей готовности к изменениям». В настоящем разделе предлагаются мнения участников о контрольном перечне, и анализируется его потенциал для поддержания процессов, необходимых в крупномасштабных преобразованиях.

5. На пути к надлежащим рамочным основам преобразований

Участников попросили высказаться на тему эффективности рамочных основ восприимчивых к изменениям контекстов – как в контексте своих стран, так и на более общем уровне. Они пришли к выводу, что эта модель остается достаточно надежной и гибкой с точки зрения совершенствования и адаптации с учетом основных факторов достижения успеха. Хотя другие рамочные основы, согласно данным информационного документа и взглядам участников, оказались полезными и предлагали дополнительные идеи, модель восприимчивых к изменениям контекстов создает возможности для процессов адаптационных изменений в рамках крупномасштабных преобразованиях и по-прежнему соответствует поставленным целям.

Перед обсуждением Контрольного перечня участникам было предложено рассмотреть вопрос о том, требуется ли столь структурированный подход на этапе осуществления реформ. Эксперты в сфере изменений признали потенциальную необходимость в определенном уровне структурированности и прогнозируемости результатов в зависимости от характера преобразуемого компонента. Разумеется, данные свидетельствуют о том, что структурированность помогает, хотя бы в качестве гарантии завершения всех этапов (это также можно подтвердить с помощью соответствующих циклов с обратной связью).

Тем не менее, существует опасность того, что этот процесс станет чрезмерно механистическим и исчезнет возможность переосмысления и пересмотра отношений с властью и процессов руководства. Структура может быть особенно полезной в относительно линейном процессе, который следует от причины к следствию. Для более сложных преобразований с менее прогнозируемыми результатами, с которыми ранее не приходилось сталкиваться, скорее подходит более гибкий или основанный на сетевом взаимодействии процесс, который работает внутри структурного пространства или связан с таковым.

Далее выступающие обсудили проект «Контрольного перечня для оценки вашей готовности к изменениям». В настоящем разделе предлагаются мнения участников о контрольном перечне, и анализируется его потенциал для поддержания процессов, необходимых в крупномасштабных преобразованиях.

5.1. Аудитория

В ходе обсуждений участники особенно указывали на необходимость уточнения целевой аудитории Контрольного перечня, поскольку в отсутствие подобной ясности его полезность будет серьезно ограничена. По этой теме были высказаны самые разные мнения. Так, некоторые эксперты утверждали, что такой формат не подходит для министерского уровня, поскольку большинство министров его просто проигнорируют; вместо этого контрольный перечень следует ориентировать на группы, разрабатывающие политику, и на тех, кто

работает на административном уровне. Другие высказали предположение о том, что подобный перечень наиболее подходит для отдельных организаций, поскольку они более склонны контролировать элементы, которые документ охватывает, при этом он применим к целому спектру отраслей.

Язык и ключевые моменты контрольного перечня позволяют отразить разные точки зрения на проектирование изменений и содействие им, что, в свою очередь, открывает возможности для различных способов мышления как для организаций, так и для лиц, формирующих политику. Более того, если бы этот документ был предназначен исключительно для лиц, определяющих политику, и тех, кто занимается поддержанием качества и согласованности политики, то это укрепило бы концепцию директивных изменений. Однако есть вероятность того, что не удастся добиться перемен в отрыве от организационных проблем и кадровых вопросов.

В целом, участники согласились с тем, что эта недостаточная ясность является одновременно и сильной стороной (с точки зрения всеобщей применимости контрольного перечня и, следовательно, его гибкости), и слабым моментом. В идеале контрольный перечень, будет востребован в разных аудиториях, поэтому для разных групп могут потребоваться различные его варианты.

5.2. Цель и характер

Состоялось оживленное обсуждение целей Контрольного перечня. Общим среди участников было мнение о том, что он представляет собой предложение или рамочную основу для организации и поддержки процесса сложных преобразований.

Некоторые утверждали, что подразумевается предположение о том, что чем на большее количество вопросов будет получен ответ «да», тем более успешным может быть процесс внедрения реформ. Более полезной может оказаться шкала успеха, подобная шкале Ликерта, которая позволит использовать Контрольный перечень для измерения степени готовности. Таким образом, Контрольный перечень будет способствовать повышению информированности о положении дел в отрасли и функционировать в качестве более эффективного инструмента. Тогда появится возможность более осмысленно обсудить с министрами уровень работы или прогресса, который необходимо обеспечить в каждой области до начала процесса реформ. Не все элементы будут применимы ко всем контекстам. Подробности, зафиксированные в контрольном перечне, станут ориентирами происходящего, указывая на то, что преобразования – это не линейный процесс, и одновременно создавая возможности для нового мышления и новых ресурсов. В таких целях – в качестве карты контроля готовности к действию – контрольный перечень следует доработать и адаптировать для разных аудиторий. При этом другие эксперты высказали сомнения в целесообразности использования Контрольного перечня в начале процесса осуществления реформ; по их мнению, этот инструмент может быть полезен для оценки прогресса, когда процесс преобразований уже запущен. Предоставляя возможность определить неработающие элементы и дать им точную оценку, Контрольный перечень вызовет культурные изменения, которые, в свою очередь, будут способствовать будущему осуществлению преобразований в соответствии с принятой рамочной основой.

В целом, прозвучал решительный призыв более четко определить цели контрольного перечня и включить более подробную информацию о разумных темпах изменений и величине амбиций, с учетом контекста и культурных особенностей каждой отдельной страны. Возможно, также было бы полезно изложить, что реально можно изменить, и какие задачи пока не реалистичны.

Некоторые участники отметили, что не все изменения являются аргументированными, поэтому стоит более подробно описать характер тех или иных реформ. Другие эксперты обратили внимание на потенциальную двусмысленность таких терминов, как «организационная культура» и «потенциал». Формулируя более содержательные соображения, некоторые выступавшие сказали, что пункты контрольного перечня, по сути, являются просто первым шагом, не предоставляющим сведений о действиях, которые могут потребоваться для поддержания процесса. Это указывает на отсутствие ясности в отношении того, на каком этапе преобразований можно применять Контрольный перечень, каковы определяющие факторы такого решения.

Основной темой дискуссий была связь между вопросами о том, каким образом и что необходимо сделать; в этом отношении было высказано пожелание установления более тесной связи. Но дольше длились прения по теме сложности установления должного баланса между необходимостью четких целей преобразований (необходимых, по мнению ряда экспертов) и в равной степени важной потребностью в исследовании изменений, выходе на новый уровень мышления и поведения и совместном формулировании целей. В соответствии с процессом адаптивных изменений некоторыми экспертами процесс преобразований воспринимается через метафору прогулки на лодке: можно быть в курсе технических проблем, разбираться в вопросах организации, знать, что взять с собой, однако то, как сложится путешествие, предсказать невозможно. Можно готовиться заранее, но финал путешествия остается неизвестным.

В ходе встречи состоялось обсуждение понятий диагностических и диалогических подходов к трансформационным изменениям (Helen Bevan, NHS England, неопубликованные данные, 2015 г., Bushe, 2009 г.). Диагностический подход оценивает ситуацию и рассматривает отдельные компоненты и способы их достижения. В диалогическом подходе обсуждение изменений рассматривается как самостоятельный трансформационный процесс – или как средство стимулирования, вовлечения и дискуссии, способное привести к более адаптивным изменениям.

Таким образом, эксперты пришли к заключению, что эта рамочная основа будет действовать в качестве необходимого катализатора, то есть в качестве диагностического инструмента для исследования контекста, необходимого уровня трансформации и потенциальных барьеров и возможных решений; она позволит обсуждать эти вопросы с министрами и другими лицами. Кроме того, модель будет функционировать в качестве диалогического инструмента для всестороннего понимания изменений.

5.3. Структура и формат

Эксперты внесли ряд полезных предложений по улучшению формата и структуры Контрольного перечня. Во вставке 6 они перечислены в произвольном порядке.

Вставка 6.

Предложения по структуре и формату проекта контрольного перечня

- В перечне равное внимание должно уделяться механизмам изменений и концептуальной модели, а также структуре и процессу.
- Текст должен быть не очень сложным, либо разграничение между контекстом и пунктами перечня должно быть более четким.
- В перечне необходимо отразить четкое представление о предполагаемой аудитории, а также о контексте, в рамках которых эффективность использования перечня будет максимальной.

Язык следует сделать более энергичным, с большим количеством глаголов, призывающих к активным действиям.

5.4. Предлагаемые дополнения по содержанию

Хотя многие отметили, что включение дополнительных компонентов в Контрольный перечень едва ли скажется на эффективности в рамках процесса в целом или принесет дополнительные преимущества, были отмечены некоторые области, где дополнения могут оказаться полезными. Во вставке 7 они перечислены в произвольном порядке.

Вставка 7:

Предложения по дополнениям к проекту контрольного перечня

- В контрольном перечне необходимо уделять больше внимания тому, каким образом концептуальная модель вдохновляет и стимулирует более оперативные действия. Одним из





участников была проведена аналогия с различиями между физиологией и анатомией человека, но также и их взаимосвязью. Без понимания адаптивных процессов, которые считаются «жизненной силой» преобразований системы здравоохранения, рамочная основа будет лишена смысла.

- Следует установить более тесные связи между политическим и культурным контекстом.
- Необходимо активнее подчеркивать потребность в культурных изменениях в качестве предпосылки для трансформации системы здравоохранения.
- В контрольном перечне следует определить методы выявления необходимого потенциала и возможностей и их надлежащего развития. Также требуется более подробное объяснение понятия «потенциал», а именно потенциал «чего». Следует отметить приоритетное значение изучения понятия лидерского потенциала и адекватного уровня амбиций.
- Необходимо определить и составить систематическое описание потенциальных заинтересованных сторон и партнеров, таких как страховые компании, неправительственные организации, местные предприятия и т. д.
- В перечне необходимо подчеркнуть, что решающее значение имеет вовлеченность общественного здравоохранения.
- Особый акцент следует сделать на том, чтобы обратить внимание на существующее сопротивление и попытаться понять его причины, а также на ограничение и/или предотвращение личной выгоды и оппозиции.
- В перечне следует наметить способы выявления, поддержки и стимулирования защитников/поборников предлагаемой политики.
- Следует предложить возможности использования обратной связи и отзывов пациентов.
- Привлечение граждан и участие пациентов в этом процессе, изложение различных целей и уровней необходимо отметить особо.
- В перечне важно обозначить установку на более позитивную перспективу, отметив необходимость наращивания ресурсов и устойчивости, использования той части системы, которая работает эффективно, вместо концентрации внимания на недостатках и погрешностях.
- Необходимо рекомендовать использование и объяснять цель накопленного международного опыта.
- Нельзя обойти вниманием использование информационных и новых технологий и множество способов их применения (как в качестве инструмента для содействия изменениям, так и в качестве самих механизмов изменений).
- Важно отметить значимость постоянного проведения оценки не только для определения качества и согласованности планов реализации в целом, но, что немаловажно, их составных частей. Для различных процессов можно применять разные методы оценивания, но оценка должна быть одним из компонентов всех пяти факторов рамочной основы.

6. Основные вопросы

В этом разделе представлено несколько центральных тем, которые обсуждались в течение двух дней, в том числе проблемные вопросы, для которых пока нет конкретных решений.

- 1. Активизация адаптивных изменений.** Создание восприимчивого к изменениям контекста требует отказаться от привычных представлений о ведении бизнеса и поставить под сомнение устоявшиеся убеждения и традиционные способы действия и мышления. Крупномасштабные преобразования при всестороннем участии заинтересованных сторон должны иметь адаптивный характер, а также решать технические задачи со спонтанными решениями, а не полагаться на заранее определенные ориентиры.
- 2. Основа политики – исследования и факты.** Передача знаний лицам, формирующим политику, и информирование их о результатах исследований происходят недостаточно регулярно и последовательно. Очень важно поддерживать тесное взаимодействие между исследователями и конечными пользователями здравоохранения посредством подхода совместного «производства». В настоящее время фундаментальные научные исследования, по-видимому, являются одним из наименее используемых источников фактических данных, к которым прибегают лица, определяющие политику; необходимо изучить и лучше понять причины этой тенденции.
- 3. Согласование пространства политического и административного ландшафта.** Роль систематического описания политического ландшафта не вызывает сомнений. Трудности в этой сфере связаны с регулярными изменениями в управлении, конкурирующими теориями изменений и политическими амбициями. Решающее значение в согласовании этого ландшафта принадлежит разработке стратегии и плана реализации.
- 4. Эффективное участие и вовлечение пациентов и общественности.** Изучение и определение потенциальных преимуществ участия пациентов и граждан в преобразовании системы медицинского обслуживания остается вопросом первостепенной важности. Неотъемлемой частью этого процесса является ясность целей вовлечения пациентов и общественности. Необходим более основательный сдвиг в мышлении и в процессах, который позволит избежать формальных подходов, а также разобраться в том, как создать более значимое взаимодействие с пациентами и общественностью как на коллективном, так и на индивидуальном уровнях. Важно уделять больше внимания культивированию этого понимания. Также важно знать, когда, где и в каком качестве должно быть реализовано участие пациентов и общественности в процессах реформ.
- 5. Использование информационных технологий.** Принципиальное значение имеют изучение и определение функций ИТ в различных контекстах в рамках планов реализации.
- 6. Последовательное проведение оценки в целях передачи знаний и распространения результатов.** Важную роль играет демонстрация быстрых побед, которые могут найти разнообразное применение (например, использоваться в целях укрепления доверия к планам реформ или развития политического наследия). Необходимо продолжать работу по изучению наиболее эффективных способов получения отзывов и предложений и отражения успешных результатов на местном уровне в национальных планах реализации.

7. Путь вперед

Нежелательно и невозможно располагать по степени значимости темы, которые возникли в ходе дискуссий на этом совещании, или представлять их как линейный процесс для крупномасштабных преобразований системы здравоохранения. Скорее, они в совокупности иллюстрируют всю сложность процесса изменений. В то же время они служат для освещения ключевых вопросов, с которыми приходится сталкиваться лицам, формирующим политику, работающим в различных культурных и политических условиях.

Безусловно, в течение двух дней энтузиазм участников в отношении идеи трансформации системы медицинского обслуживания только возрос в процессе того, как они делились знаниями о способах осуществления реформ. Появились новые идеи, были изучены различные способы решения проблем. Процесс передачи и применения этих знаний в ходе реформ здравоохранения европейских стран нуждается в документальном оформлении на следующем этапе преобразований.

Завершая встречу, участники сформулировали следующие предложения.

- Разработать форум министров, с возможным присутствием государственных служащих старшего звена, с тем, чтобы появилась возможность обменяться идеями, обсудить дальнейшее развитие рамочных основ восприимчивых к изменениям контекстов, а также поделиться опытом и подходами к решению проблем.
- Проводить консультации и оказывать поддержку в формате «конструктивной критики» стран, которые приступают к крупномасштабным преобразованиям системы здравоохранения, однако лишь в течение определенного периода, чтобы избежать зависимости. Эти процессы могут происходить не только лицом к лицу, но посредством вебинаров (веб-семинаров).
- Разработать дальнейшие исследования практических случаев с подробным описанием процессов реформ в различных политических и культурных условиях. Подготовить материалы с реальными историями успешных преобразований, а также иллюстрации особенно трудных моментов или даже неудач.
- Исследовать различные механизмы и инструменты по вовлечению пациентов и общественности, изучить возможности для граждан войти в процесс диалога с осознанием ответственности, при хорошем уровне информированности и восприимчивости.

Вторя дискуссиям на совещании в Мадриде два года назад, участники встречи в Дареме признали настоятельную необходимость крупномасштабных преобразований и с энтузиазмом перенимали опыт присутствующих. Несмотря на чрезвычайное разнообразие стран, представленных на совещании, и на разные этапы осуществления изменений, оказалось, что многие из этих проблем имеют универсальный характер.

Список литературы

Barber M, Kihn P, Moffit A (2011). Deliverology: from idea to implementation. McKinsey on Government. 6:32–9 (<https://www.mckinsey.com/industries/public-sector/our-insights/deliverology-from-idea-to-implementation>, по состоянию на 11 ноября 2017 г.).

Best A, Greenhalgh T, Lewis S, Saul JE, Carroll S, Bitz J (2012). Large-system transformation in health care: a realist review. *Milbank Q.* 90(3):421–56. doi: 10.1111/j.1468-0009.2012.00670.x.

Bushe G (2009). Dialogic OD. Turning away from diagnosis. In: Rothwell W, Stavros J, Sullivan R, Sullivan A (eds). *Practicing organization development: a guide for managing change*. 3rd edition. San Francisco: Pfeiffer-Wiley.

Forest P-G, Helms WD (2017). State policy capacity and leadership for health reform. New York: Milbank Memorial Fund (<https://www.milbank.org/publications/state-policy-capacity-leadership-health-reform/>, по состоянию на 11 ноября 2017 г.).

Heifetz R, Grashow A, Linsky M (2009) *The Practice of Adaptive Leadership*. Boston: Harvard Business Press.

King A, Crewe I (2014). *The blunders of our governments*. London: Oneworld.

NHS England (2014). Five year forward view. London: NHS England (<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/10/5yfv-web.pdf>, по состоянию на 11 ноября 2017 г.).

NHS England (2017). Next steps on the NHS five year forward view. London: NHS England (<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/03/NEXT-STEPS-ON-THE-NHS-FIVE-YEAR-FORWARD-VIEW.pdf>, по состоянию на 11 ноября 2017 г.).

Pettigrew A, Ferlie E, McKee L (1992). *Shaping strategic change: making change in large organizations*. London: Sage Publications.

Организация Объединенных Наций (2017 г.). Цели устойчивого развития (веб-сайт). Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций (<https://sustainabledevelopment.un.org/sdgs>, по состоянию на 18 ноября 2017 г.).

Европейское региональное бюро ВОЗ (2008 г.). Таллиннская хартия: системы здравоохранения для здоровья и благосостояния. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/88612/E91438R.pdf?ua=1, по состоянию на 11 ноября 2017 г.).

Европейское региональное бюро ВОЗ (2013 г.). Здоровье-2020 – основы политики и стратегия для XXI века. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/215432/Health2020-Long-Rus.pdf?ua=1, по состоянию на 11 ноября 2017 г.).

Европейское региональное бюро ВОЗ (2015 г.). Приоритетные задачи в области укрепления систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ на 2015–2020 гг. Ориентация на нужды людей: от слов к делу. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/283848/65wd13r_HealthSystemsStrengthening_150494.pdf?ua= (по состоянию на 11 ноября 2017 г.).

Европейское региональное бюро ВОЗ (2016 г.). Преобразование системы здравоохранения: практика реализации. Сопещение экспертов. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0015/318021/Madrid-Report-HST-making-it-happen-ru.pdf?ua=1, по состоянию на 11 ноября 2017 г.).

Европейское региональное бюро ВОЗ (2016 г.). Укрепление систем здравоохранения, ориентированных на нужды людей, в Европейском регионе ВОЗ: рамочная основа для действий по организации интегрированного предоставления услуг здравоохранения. Европейское региональное бюро ВОЗ http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/315922/66wd15r_FFA_IHSD_160535.pdf?ua=1

Приложение 1: Программа

ВОЗГЛАВЛЯЯ ПРЕОБРАЗОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ПЕРЕХОД НА СЛЕДУЮЩИЙ УРОВЕНЬ

Дарем, Соединенное Королевство

12-13 July 2017

12-13 июля 2017 г.

Обмен данными и получение информации из опыта различных стран

08:30 – 09:00	Регистрация
09:00 – 09:30	Приветствие
09:30 – 10:00	Вводная часть, цели и задачи <i>Работа ВОЗ в области преобразований системы здравоохранения и обоснование целей совещания</i>
10:00 – 10:30	Перерыв на кофе
10:00 – 12:00	Опыт стран <i>Лица, формирующие политику и возглавляющие преобразование системы здравоохранения, обмениваются опытом</i>
12:00 – 13:30	Перерыв на кофе
13:30 – 15:00	Опыт стран (продолжение) <i>Лидерство в области осуществления преобразований в системе здравоохранения: учимся на опыте стран</i>
15:00 – 15:30	Перерыв на кофе
15:30 – 17:00	Последующие шаги по закреплению крупномасштабных преобразований <i>Представление информационного документа с его последующим обсуждением</i>
19:00 – 19:30	Фуршет-прием
19:45	Ужин

13 июля 2017 г.

На пути к инструменту реализации

09:00 – 10:00	В поддержку структурированного подхода к реализации преобразований: инструмент <i>Представление инструмента реализации: контрольный перечень</i>
10:00 – 10:30	Перерыв на кофе
10:00 – 11:30	На пути к инструменту реализации <i>Рассмотрение инструмента в малых группах</i>
11:00 – 11:30	Отчет о работе в группах и заключение
11:30 – 12:00	Последующие шаги ЕРБ ВОЗ <i>Обсуждение последующих шагов ЕРБ ВОЗ на уровне политики преобразования системы здравоохранения и потенциальных механизмов сотрудничества</i>
12:00 – 13:00	Обед

Приложение 2: Список участников

ВТОРОЕ СОВЕЩАНИЕ ВОЗ «ВОЗГЛАВЛЯЯ ПРЕОБРАЗОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА УРОВНЕ ПОЛИТИКИ»

Дарем, Соединенное Королевство
12-13 июля 2017 г.

Г-н Tom Auwers

Президент совета директоров
Федеральная государственная служба
здравоохранения, безопасности пищевой цепи и
окружающей среды
Министерство здравоохранения и социальных дел
Брюссель, Бельгия

Г-жа Айгюль Байсалыкова

Главный эксперт
Отдел международных отношений и сотрудничества
Министерство здравоохранения и социального
развития
Астана, Казахстан

Профессор Талантбек Батыралиев

Министр здравоохранения
Министерство здравоохранения
Бишкек, Кыргызстан

Г-жа Nicola Bedlington

Генеральный секретарь
Форум европейских пациентов
Брюссель, Бельгия

Д-р Rafael Bengoa

Институт здоровья и стратегии
Бискайя, Испания

Г-жа Helen Bevan

Главный специалист по преобразованиям, группа
Horizons НСЗ, Англия
Ковентри, Соединенное Королевство Великобритании
и Северной Ирландии

Г-н Andrei Cazacu

Руководитель департамента иностранных дел и
европейской интеграции
Министерство здравоохранения
Кишинев, Республика Молдова

Д-р Adalberto Campos Fernandes

Министр здравоохранения
Министерство здравоохранения
Лиссабон, Португалия

Г-н Jan-Luuk de Groot

Директор, Качество и инновации
Арнхейм, Нидерланды

Г-н Nigel Edwards

Директор
Нуффилдский траст
Буши, Соединенное Королевство Великобритании и
Северной Ирландии

Г-н Pedro Facon

Генеральный директор
Генеральный директорат по здравоохранению
Федеральная государственная служба
здравоохранения, безопасности пищевой цепи и
окружающей среды
Министерство здравоохранения и социальных дел
Брюссель, Бельгия

Д-р Anne Hendry

Ведущий национальный специалист по комплексной
медицинской помощи
Совместная группа по совершенствованию
деятельности, правительство Шотландии
Эдинбург
Соединенное Королевство Великобритании и
Северной Ирландии

Г-н Göran Henriks

Исполнительный руководитель, Обучение и
инновации
Графство Йёнчёпинг
Больница Рихов
Йёнчёпинг, Швеция

Профессор Bob Hudson

Приглашенный руководитель
Центр по изучению государственной политики и
здравоохранения
Школа медицины, фармацевтики и здравоохранения
Исследовательский институт по изучению здоровья и
благополучия им. Вулфсона
Университет Дарема
Дарем, Соединенное Королевство Великобритании и
Северной Ирландии

Профессор David James Hunter

Профессор политики в области здравоохранения и
менеджмента
Директор
Центр по изучению государственной политики и
здравоохранения
Школа медицины, фармацевтики и здравоохранения
Исследовательский институт по изучению здоровья и
благополучия им. Вулфсона
Университет Дарема
Дарем, Соединенное Королевство Великобритании и
Северной Ирландии

Д-р Ruth Hussey

Руководитель, Парламентский обзор медицинской и
социальной помощи в Уэльсе
Кардифф, Соединенное Королевство Великобритании
и Северной Ирландии

Д-р Медербек Исмаилов

Начальник, Управление координации и внедрения
реформ
Министерство здравоохранения
Бишкек, Кыргызстан

Д-р Patrick Jeurissen

Руководитель, Группа менеджмента в области
стратегии и знаний
Департамент по политике в области экономики и
рынка труда
Министерство здравоохранения, социального
обеспечения и спорта
и руководитель, Академия по обеспечению
стабильной медицинской помощи им. Келсия,
Медицинский центр Редбоуд, Университет
Гаага, Нидерланды

Г-н Charles Kleiber

Экс-госсекретарь
Женева, Швейцария

Д-р Abraham Klink

Профессор, Медицинская помощь, вопросы труда и
политическое управление
Университет Врийе
Амстердам, Нидерланды

Д-р Dumitru Laticevschi

Глобальный фонд борьбы со СПИДом, туберкулезом и
малярией
Женева, Швейцария

Д-р Давид Мелик-Гусейнов

Директор
Научно-исследовательский институт организации
здравоохранения и медицинского менеджмента
Министерство здравоохранения
Москва, Российская Федерация

Д-р Christoph Schwierz

Заместитель руководителя, подразделение «Рынок
труда, медицинские и социальные службы»
Служба поддержки структурных реформ
Европейская Комиссия
Брюссель, Бельгия

Д-р Miklos Szócska

Директор
Центр по подготовке в области управления службами
здравоохранения
Будапешт, Венгрия

Д-р Siniša Varga

Заместитель, Клуб социал-демократической партии
Парламент Хорватии
Загреб, Хорватия

Профессор Liisa-Maria Voipio-Pulkki

Директор
Департамент социального обеспечения и служб
здравоохранения
Министерство социального обеспечения и
здравоохранения
Хельсинки, Финляндия

Г-н Peter Walsh

Руководитель, Исполнительное бюро
НСЗ, Англия
Лондон, Соединенное Королевство Великобритании и
Северной Ирландии

Г-н Harold Wolf

Директор, Стратегия в области информации и
цифрового здравоохранения
Группа Chartis
Чикаго, Соединенные Штаты Америки

Г-н Максим Ермолович

Первый заместитель министра финансов
Советская, 7
Минск, Беларусь

**Всемирная организация
здравоохранения**

Европейское региональное бюро

Г-жа Susan Ahrenst

Сотрудник по административным вопросам
Отдел систем здравоохранения и охраны
общественного здоровья
Копенгаген, Дания

Д-р Jose Marimont Figueras

Директор
Европейская обсерватория по системам и политике
здравоохранения
Брюссель, Бельгия

Д-р Elke Jakubowski

Старший советник
Политика и стратегия
Отдел систем здравоохранения и
охраны общественного здоровья
Копенгаген, Дания

Д-р Hans Kluge

Директор
Отдел систем здравоохранения и
охраны общественного здоровья
Копенгаген, Дания

Д-р Ellen Nolte

Координатор
Европейская обсерватория
по системам и политике
здравоохранения
Лондон, Соединенное Королевство
Великобритании и Северной
Ирландии

Переводчик

Г-жа Катерина Берджесс

Докладчик

Г-жа Kate Melvin

Приложение 3: Информационный документ

Дальнейшие шаги по обеспечению крупномасштабных преобразований: информационный документ

Введение

- 1.1 В декабре 2015 г. в г. Мадрид было проведено первое совещание экспертов по осуществлению преобразований системы здравоохранения. Более 20 приглашенных экспертов из государств-членов ВОЗ поделились своим практическим опытом, связанным с реализацией крупномасштабных преобразований системы здравоохранения. На совещании предстояло решить три задачи: определить, в чем состоит практический опыт, полученный в процессе осуществления реформ системы здравоохранения; предоставить рекомендации от лиц, определяющих политику в системе здравоохранения, по вопросам начала, наращивания темпов процесса преобразований и/или его совершенствования; обсудить шаги, которые могло бы предпринять Европейское региональное бюро ВОЗ, чтобы сформировать план реализации реформ системы здравоохранения на уровне политики и разработать возможные механизмы сотрудничества с государствами-членами. По результатам совещания был подготовлен отчет, отражающий темы, которым на совещании было уделено особое внимание, и основные моменты приобретенного практического опыта (ВОЗ, 2016 г.).
- 1.2 Данный документ был подготовлен на основе материалов отчета о работе Мадридского совещания и состоявшихся обсуждений, с тем чтобы послужить информационной платформой для совещания в г. Дарем в июле 2017 г., в котором примут участие формирующие политику руководители старшего звена из государств Европейского региона ВОЗ. В документе получили дальнейшее развитие концептуальная модель и идеи, на которых базируется проект преобразования систем здравоохранения (проект был впервые представлен на совещании в Мадриде). Кроме того, в информационном документе предлагаются краткий обзор и обновленные сведения о соответствующей литературе, которая определила структуру контрольного перечня «Оценка вашей готовности к изменениям», который планируется представить на совещании в Дареме и обсудить его участниками. По результатам июльского совещания контрольный перечень будет дополнен и подготовлен к апробированию на местах в ряде государств-членов ВОЗ из разных регионов Европы.

Информационный документ представлен в четырех разделах:

- Контекст
- Переход от того, что необходимо сделать, к тому, *каким образом*
- Пересмотр модели контекстов, восприимчивых к изменениям

- Внедрение контрольного перечня «Оценка вашей готовности к изменениям»
- 1.3 В разделе **«Контекст»** представлено обоснование преобразований системы здравоохранения, которые приобрели масштаб общественного движения в системах здравоохранения Европы и других стран. Приводится краткое изложение причин актуальности этих преобразований в разных странах. При этом, несмотря на практически всеобщее признание насущности крупномасштабных преобразований (КМП), отмечается некоторая неопределенность относительно того, каким образом можно воплотить необходимые изменения, когда речь заходит о внедрении их на практике и обеспечении системной реализации преобразований с устойчивым результатом. Подобную неопределенность можно объяснить недостаточной базой данных, либо отсутствием информирования лиц, формирующих политику, при наличии фактических данных, либо неудачным применением на практике имеющихся данных.
- 1.4 В Разделе 2, посвященном **методам реализации преобразований**, развиваются идеи, сформулированные в Мадриде в 2015 г. на первом совещании реформаторов системы здравоохранения (см. ВОЗ, 2016 г.). Вновь обсуждаются основные вопросы, затронутые на совещании в связи с неравномерным характером реализации преобразований, который отмечается во многих странах, и трудностями, которые не позволяют осуществлять изменения требуемого масштаба и в нужном темпе.
- 1.5 В Разделе 3, посвященном модели контекстов, восприимчивых к изменениям (которая стала основной темой Мадридского совещания), в расширенном и обновленном формате представлены сведения из информационных источников, часть которых появилась относительно недавно – после совещания в Мадриде.
- 1.6 В Разделе I поясняется, что на основе Разделов 2 и 3 информационного документа базируются содержание и структура **контрольного перечня «Оценка вашей готовности к изменениям»** на всех этапах его разработки. Следовательно, эти два документа необходимо изучать одновременно, осознавая их взаимосвязь. Содержание контрольного перечня строилось на основе модели восприимчивых к изменениям контекстов, а также представленных в информационном документе данных, получаемых в отношении крупномасштабных системных преобразований и преобразований системы здравоохранения.

Раздел I: Контекст

Непрерывная реформа здравоохранения

- 1.7 В течение последнего десятилетия мы были свидетелями многочисленных реформ в области здравоохранения и медико-санитарной помощи во всем мире. Многие из этих реформ осуществлялись в системном масштабе. Правительства и лица, формирующие политику, в большинстве своем согласны с необходимостью реформирования нередко фрагментированной и реактивной модели системы здравоохранения, которая, как правило, признается более не соответствующей своему целевому назначению.

- 1.8 Согласие достигнуто и в отношении того, какие элементы преобразований считать основными, а именно: стремление создать более проактивную и превентивную модель и наделить большим правом голоса пациентов и граждан; решение проблем, связанных с социальным неравенством; улучшение качества и охрана здоровья населения; обеспечение устойчивости систем здравоохранения.
- 1.9 Тем не менее, несмотря на достигнутый консенсус в отношении дальнейших направлений деятельности (в основе которых лежат убедительные факты и доказательства), главная задача, стоящая перед лицами, определяющими политику, заключается в том, каким образом продвигать идеи преобразований в сложных системах и эффективно осуществлять желаемые преобразования, особенно с учетом времени и терпения, которые требуются для продвижения и внедрения изменений такого масштаба.

Крупномасштабные преобразования: определение

- 1.10 Основываясь на концепции Triple Aim, претворяемой в жизнь Институтом совершенствования систем здравоохранения (Institute for Healthcare Improvement) (Berwick с соавт., 2008 г.), в которой особое внимание уделяется здоровью населения, эффективной медицинской помощи и стоимости на душу населения, мы используем следующее рабочее определение крупномасштабных преобразований (КМП) (по материалам Best et al. (2012: 422)):

Крупномасштабные преобразования систем здравоохранения – это меры, направленные на скоординированные общесистемные изменения, распространяющиеся на множество организаций и поставщиков медицинских услуг, с целью значительного повышения эффективности медицинской помощи, улучшения качества лечения пациентов и результатов лечения на уровне населения.

Хотя в этом определении нет каких-либо новых или экстраординарных положений, его достоинство заключается в том, что оно было сформулировано в результате исследования, которое проводилось в 2010 г. в течение шести месяцев в рамках проекта “Knowledge to Action for System Transformation (KAST)”. Группа исследователей подготовила систематический обзор и обобщила имеющиеся сведения о КМП для Министерства здравоохранения провинции Саскачеван в Канаде. Поскольку ученые осознавали сложность и специфичность данных о КМП, а также возможную вариативность толкования этих данных различными заинтересованными сторонами, была создана международная группа экспертов, в которую вошли восемь официальных лиц из Канады и Соединенного Королевства. Кроме того, в коротком онлайн-опросе приняла участие консультативная группа из 44 международных экспертов.

- 1.11 Серьезным фактором, влияющим на КМП, является стратегический политический и институциональный контекст как на макро-, так и на мезо-уровне. Именно политика на этих уровнях является приоритетным направлением всех запланированных мероприятий по преобразованиям, поэтому нашу основную аудиторию – и в Мадриде, и в Дареме – составляют формирующие политику руководители старшего звена. Ключевые движущие факторы КМП берут свое начало в проблемах и трудностях, с которыми сталкиваются лица, определяющие политику, и которые составляют реалии систем здравоохранения во всем мире.

- 1.12 Конкретное сочетание этих факторов и вызовов различается в разных системах и внутри них (аналогично различиям между контекстами в разных системах и странах). Среди этих факторов и вызовов – трудности с финансированием, старение населения, ведомственная разобщенность систем здравоохранения и социальной защиты, излишне узкая специализация в медицине, недостаточный приоритет общественного здравоохранения, проблемы с кадрами, связанные с потенциалом и возможностями. Учитывая наличие этих трудностей и стимулирующих изменения факторов, критическое значение приобретают подход к постановке вопросов и последующему информированию, а также меры, связанные с потребностью в новых стилях руководства системой, и методы привлечения общественности к принятию решений об изменениях.
- 1.13 Эти вопросы освещаются и в информационном документе, и в контрольном перечне «Оценка вашей готовности к изменениям» в процессе подготовки и при проведении дискуссии с целью обмена опытом с лицами, которые занимали руководящие должности, поскольку их опыт преобразования систем здравоохранения может оказаться полезным для других руководителей, сталкивающихся с аналогичными проблемами.

Раздел 2: Переход от того, что необходимо сделать, к тому, каким образом

Добиться результатов нелегко

- 1.14 Известно, что разработанные меры политики – это лишь часть успеха. Более сложную, но при этом более реалистичную картину процесса осуществления политики обеспечивает исследование структуры политики на макро-уровне и ее реализации на мезо-уровне. Увеличивается база данных текущих преобразований, и в этом разделе мы приведем несколько примеров, иллюстрирующих актуальные проблемы.
- 1.15 Так, важные идеи/ориентиры КМП можно почерпнуть в обобщенном обзоре примеров удачных и менее успешных инициатив в сфере преобразований (Best с соавт., 2012 г.). В частности, приводится описание требуемых стилей руководства (сочетание директивного руководства и делегирования ответственности) и соответствующего взаимодействия с персоналом; отчетность по краткосрочным и долгосрочным целям в контексте достижения устойчивых изменений; значение понимания контекста, которое позволяет избегать ошибок и усилить поддержку заинтересованных сторон системы; опора на активное участие лечащих врачей (и других групп медицинских сотрудников) в процессе изменений, а также привлечение общественности и пациентов (фактор, который обычно либо игнорируется, либо воспринимается поверхностно или формально).
- 1.16 Недавно в США было выполнено похожее исследование на мезо-уровне при поддержке общественного фонда Milbank Memorial Fund, предметом которого стал потенциал государственной политики и лидерства в области реформ здравоохранения. В основу исследования были положены интервью с должностными лицами и законодателями об их опыте разработки и поддержания потенциала, необходимого для серьезных преобразований системы здравоохранения (Forest & Helms, 2017 г.). В результате исследования определена важность таких факторов, как лидерство, ресурсы и общественная поддержка. Отмечается, что успех или неудача преобразований зависят от сочетания этих факторов.

От разработки политики к ее осуществлению

- 1.17 Количество источников об особенностях закрепления политики невелико, если только речь не идет о расширенном списке литературы в области науки о практической реализации. При этом, именно взаимосвязь между политикой и реализацией представляет для нас основной интерес с учетом особого внимания к осуществлению проектов на правительственном уровне и на субнациональном уровне (опубликованных данных по этой теме еще меньше (Barber, 2015 г.)). Едва ли доступны практические методики по содействию тем, кто осуществляют или планируют крупномасштабные преобразования системы здравоохранения, когда приходится решать проблему рассогласованности между разработкой и осуществлением политики, что слишком часто встречается в действительности.
- 1.18 King & Crewe (2014 г.) в обширном обзоре, который выявляет некоторые неудачные шаги, совершенные рядом правительств Соединенного Королевства, отмечают, что рассогласование бывает и частичным, и абсолютным. То, что они называют «операционным разъединением», является важной чертой современных правительств и никоим образом не ограничивается реалиями Соединенного Королевства. Особую роль играют асимметричные отношения между руководителями высшего звена, формирующими политику, и теми, кто непосредственно внедряют изменения (эта проблема может присутствовать как на макро-, так и на мезо-уровне). В то время как людям, работающим на «передовой», необязательно следует учитывать соображения тех, кто работает на более высоком уровне, высшие должностные лица не смогут добиться успеха без понимания того, что происходит на «передовой» преобразований или близко к ней.
- 1.19 При этом, безусловно, предполагается, что лица, определяющие политику, действительно хотят осуществить изменения в полном масштабе, и они беспокоятся о конечном результате. Иногда политика имеет символическое значение, но лишь для руководства, которое либо не в полной мере стремится к ее успешному воплощению, либо намеренно использует политику, чтобы заменять дела словами. Однако у нас нет оснований для подобных предположений. Мы исходим из того, что правительства и их официальные представители на макро-уровне действительно обеспокоены тем, что далее происходит с политикой, и если наши представления верны, то методы достижения ими поставленных целей требуют серьезного внимания и инвестиций.

Реализация изменений

- 1.20 Пробелы в наших знаниях о том, что можно сделать для устранения феномена операционного разъединения, восполняются с помощью «отсутствующей науки о реализации» (или путей обеспечения реализации (deliverology)) (Barber с соавт., 2011 г., Barber, 2015 г.). Наука об обеспечении реализации воспринимает мир как бы изнутри руководящих государственных структур. Причем, ни масштаб государства, ни тип организации (будь то директивное руководство, инициатива снизу или сочетание этих двух подходов) не имеют значения. В данной концепции предлагается, скорее, упорядоченный процесс, а не рецепт политики. Этот метод является важным компонентом ответственного управления (Barber, 2015 г.: xxvi). В аналитическом обзоре методов решения долгосрочных задач в правительстве Институт исследования

государственного управления (Institute for Government) предлагает ряд уроков и задач для правительства в таких областях, как политика, перспективы, учреждения, потенциал и согласованность (Ilott с соавт., 2016 г.).

- 1.21 В упомянутом выше исследовании фонда Milbank Memorial Fund было обозначено несколько основных тем, в числе которых задачи и механизмы политики в начале процесса реформ, роль лидерства в процессе реформ; уровень потенциала политики; финансовые и технические ресурсы для разработки и осуществления политики, а также функциональность полученной поддержки (Forest & Helms, 2017 г.). Здесь прослеживаются признаки трех ключевых компонентов, которые в совокупности позволяют добиться успеха в обеспечении реализации: создание небольшой группы специалистов, нацеленной на эффективность результата; сбор данных об эффективности для постановки целевых задач и определения траекторий; наличие алгоритмов управления и поддержки стремления к эффективности (Varber с соавт., 2011 г.).
- 1.22 Кроме того, в этих наблюдениях и анализе преобразований (в канадском исследовании, в исследовании обеспечения реализации, проведенном в Великобритании под руководством Varber, в недавнем обзоре Института исследования государственного управления и в исследовании фонда Milbank Memorial Fund в США) на передний план выходит значение выстраивания отношений на всех уровнях управления. Любой проект рано или поздно обречен на провал, если отсутствуют успешные отношения, которые надлежит выстраивать и развивать, особенно между руководителями старшего звена, ответственными за формирование политики, и теми, кто отвечают за ее реализацию, – так называемыми «уличными бюрократами», значительные дискреционные полномочия которых могут сыграть важнейшую роль при определении успеха или неудачи политики (Lipsky, 1980 г.).
- 1.23 Существуют еще две проблемы, заслуживающие внимания при необходимости решения задачи реализации. Во-первых, это наличие надежной и своевременной базы фактических данных, которые по мере необходимости можно использовать для корректировки процесса изменений. Во-вторых, это необходимость привлечения общественности и/или граждан к реорганизации систем здравоохранения, поскольку их поддержка или, скорее, противодействие изменениям в оказании медицинской помощи может иметь решающее значение в плане обеспечения успеха или провала преобразований.

Политика, основанная на доказательных данных

- 1.24 Несмотря на значительное финансирование, выделяемое рядом правительств на исследования деятельности служб здравоохранения, практически нет связи между инвестициями в исследования и использованием результатов этих исследований в процессе реализации политики и в практике. Это объясняется рядом причин. Часто это связано с тем, что графики проведения исследований и осуществления политики не скоординированы, поэтому те или иные потенциально полезные результаты оценочных исследований становятся доступны с опозданием и уже не могут рассматриваться как своевременные или полезные для процесса преобразований. Но есть и другие причины, объясняющие неприменимость проводимых исследований. Важным фактором является процесс планирования исследования. Предмет исследования всегда определяется научными работниками, которые обеспечили соответствующее

финансирование, при этом в большинстве случаев в процесс планирования исследования практически не вовлечены те, кто наиболее заинтересованы в решении поставленных вопросов.

- 1.25 Что касается фактических данных и внедрения знаний на практике, оценочные исследования часто рассматриваются как отдельный вид деятельности, обладающий определенной значимостью, но не являющийся неотъемлемой частью реализации задач, связанных с оказанием медицинской помощи или предоставлением соответствующих услуг. Эту точку зрения разделяют многие медицинские учреждения и их сотрудники, в которых исследования часто воспринимаются как фактор, отвлекающий от оказания помощи и конкурирующий за финансовые средства при ограниченном бюджете. Аналогичную позицию занимают и представители академических кругов, где механизмы финансирования исследований, стимулы и научные приоритеты направлены на независимое производство знаний (или фундаментальные работы в режиме Mode 1), то есть на традиционные научные исследования, в основе которых лежат любознательность и чисто научный интерес. Появляющиеся в результате новые данные востребуются и применяются – или не применяются – руководящими лицами, которые обычно лишены возможности влиять на цели этих исследований или подходы.
- 1.26 Фундаментальные исследования можно и нужно продолжать, однако необходимо пересмотреть существующее разделение между исследованиями и практикой (или политикой). В идеале исследования и эмпирический опыт не следует рассматривать как отдельные виды деятельности, осуществляемые различными группами людей (исследователями и практиками или лицами, определяющими политику); напротив, они должны быть представлены как элементы единого подхода к соединению процессов получения фактических данных и их использования.
- 1.27 В академических кругах этим проблемам уделяется все более пристальное внимание: предпринимаются шаги, направленные на использование результатов исследований путем разработки вариантов совместного создания или совместного получения данных. Такой формат позволяет аудитории, на которую нацелено исследование, принимать участие во всех его этапах (от планирования до реализации) (Holmes с соавт., 2016 г.). В настоящее время также проводятся эксперименты с такими инициативами, как исследования в учреждениях практического здравоохранения, куда приходят работать ученые («embedded researcher»), в том числе по программе «researcher-in-residence»: исследователи работают вместе с медицинским персоналом и в той же среде. В частности, такие способы работы повышают шансы на проведение исследований в режиме реального времени, главной особенностью которых является оперативная обратная связь, что позволяет вносить изменения и корректировки в процесс преобразований. Сочетание циклов непрерывного улучшения качества «планирование-действие-проверка-корректировка» (Plan-Do-Study-Act) в рамках преобразований системы здравоохранения в сложных условиях и направленных на совершенствование научных подходов повышает вероятность того, что исследования будут иметь реальное отношение к тому, что происходит на практике, а успешные реформы будут внедрены и получат устойчивое развитие.

- 1.28 В изыскания в формате Mode 2 заложена возможность удовлетворения потребности в своевременных и актуальных исследованиях. Данный формат основан на постановке насущных проблем и совместном их решении, причем предмет и задачи исследований формулируют те, кто планируют, реализуют и получают услуги в сотрудничестве с исследователями с целью совместного производства и внедрения знаний. При изучении сложных проблем используется термин «привлеченные знания», отражающий возможность участия в исследованиях основных заинтересованных сторон, что обеспечивает объективное восприятие изучаемой темы.
- 1.29 Планирование и осуществление исследования – существенные этапы процесса, однако не менее важную роль играют вопросы, связанные с представлением данных и информированием о результатах завершённых исследований. Эти вопросы имеют далеко не второстепенное значение, но их часто упускают из виду. Вследствие этого результаты научных исследований, как правило, излагаются в форме многословных, трудных для восприятия и обычно недоступных для широкой общественности отчетов или в виде публикаций в специальных рецензируемых журналах. Безусловно, такой формат представления данных преследует свои – вполне законные – цели, однако его нельзя считать подходящим, если намерение состоит в том, чтобы побудить лиц, определяющих политику, и специалистов-практиков к участию в исследованиях и внедрить результаты в практическую деятельность в соответствующие сроки. У медицинских работников и руководителей в системах здравоохранения редко есть время или возможность тщательно изучать многостраничные отчеты о проведенных исследованиях с целью ознакомления с потенциально полезным опытом.

Участие общественности или граждан

- 1.30 Второй важный вопрос, который часто игнорируется в инициативах по преобразованиям, заключается в том, чтобы привлечь к процессу реформ граждан и общественность и развеять их опасения и подозрения относительно того, что изменения приведут к сокращению выделяемых средств и снижению качества, а значит, – к общему ухудшению медицинской помощи или обслуживания. Убеждение в том, что любые преобразования системы здравоохранения – это лишь предлог для замены услуг, которые воспринимаются как достаточно хорошие, услугами низшего качества, достаточно глубоко укоренилось в сознании общественности и проявляется в реакции на изменения, касающиеся медицинских услуг на местном уровне.
- 1.31 Даже когда предпринимаются меры по разъяснению общественности и гражданам необходимости и желательности реформ, слишком часто эти попытки терпят неудачу в результате неэффективного или формального подхода либо вследствие неспособности с интересом выслушивать мнение публики. Нередко это происходит, когда обсуждение направляют политики или управленцы. Напротив, люди с готовностью воспринимают новые взгляды, когда клиницисты берут на себя роль ведущих процес консультаций с общественностью. Поэтому необходимо прикладывать больше усилий, чтобы отыскать способы не только привести общественность к пониманию причин преобразований системы здравоохранения, но и побудить стать их сторонниками, поскольку в случае успеха изменения будут способствовать улучшению здоровья

и благополучия населения. Более здоровое сообщество, развивающее свои сильные стороны, является и более продуктивным (Wanless, 2004 г.).

Раздел 3: Пересмотр модели контекстов, восприимчивых к изменениям

1.32 На совещании в Мадриде получил признание тот факт, что наличие концептуальной основы для обсуждений – это полезное средство организации идей и освещения основных факторов, способствующих успешным преобразованиям. На совещании были представлены «Рамочные основы контекстов, восприимчивых к изменениям» (Pettigrew с соавт. 1992 г.). Участники пришли к единодушному мнению относительно того, что предложенная модель соответствует задачам и планирования, и реализации крупномасштабных преобразований системы здравоохранения. В частности, были определены пять факторов, которые составляют способствующую успешным изменениям основу: они изложены в нашем контрольном перечне «Оценка вашей готовности к изменениям». Но важно подчеркнуть (и это также было отмечено на совещании в Мадриде), что в одной модели невозможно охватить все ключевые элементы, которые следует учитывать при осуществлении изменений в многокомпонентных условиях. Это положение получило очевидные доказательства во время дискуссий на Мадридской встрече и в последующих обсуждениях, зафиксированных в отчете о совещании (ВОЗ, 2016 г.). Поэтому в настоящем разделе мы говорим и о других моделях, содержащих полезные идеи, которыми можно дополнить предлагаемую нами модель в контексте преобразований системы здравоохранения.

1.33 Выбор модели восприимчивых к изменениям контекстов обусловлен тем, что она позволяет наилучшим образом добиться нашей цели освоения многогранного и контекстуального характера, присущего обеспечению устойчивых крупномасштабных преобразований системы здравоохранения в сложных условиях. И это неудивительно, поскольку модель была разработана на базе исследования изменений, выполненного Национальной службой здравоохранения Соединенного Королевства. Она также была ориентирована на стратегический уровень политики и отражает политический характер крупномасштабных преобразований.

1.34 Мы полагаем, что модель контекстов, восприимчивых к изменениям, по-прежнему обладает достаточной надежностью и гибкостью, чтобы обеспечивать совершенствование и адаптацию основных аспектов реализации успешных и долгосрочных изменений. Возможно, эти аспекты подразумеваются в модели, разработанной Pettigrew с соавт., однако необходимо заострить внимание на сильных сторонах этой модели. Именно поэтому, хотя мы и используем другие модели (в частности «Восемь шагов управления изменениями» Коттера (Kotter), а также часто упоминаемую концепцию множественных потоков и «окна политики» Кингдона (Kingdon) (например, в проведенном Институтом исследования государственного управления анализе факторов, способствующих закреплению политики)), мы не рассматриваем ни один из этих альтернативных подходов как превосходящий по качеству модель контекстов, восприимчивых к изменениям, или как возможную альтернативу этой модели. Скорее, мы видим в этих подходах дополнительную важную информацию в отношении внедрения КМП. Таким образом, модель Pettigrew с соавт. остается центральным элементом, представляя всеобъемлющий интеграционный подход с преимущественным акцентом на контексте, сложности и культуре в рамках государственной политики,

а также на значении отношений и выстраивания коммуникации между основными заинтересованными сторонами. Следовательно, эти параметры занимают ведущие позиции в нашем контрольном перечне.

Расширение модели контекстов, восприимчивых к изменениям (1): Kotter

- 1.35 Существует два конкретных фактора, которые подразумеваются в модели контекстов, восприимчивых к изменениям, но при этом нуждаются в озвучивании и более четком определении при обсуждении факторов, влияющих на реализацию изменений. Эти факторы фигурируют в «Восьми шагах управления изменениями» – концепции Коттера (Kotter, 1995 г.). Во-первых, это создание ощущения безотлагательности, с тем чтобы потребность в изменениях невозможно было игнорировать или отложить на неопределенный срок, пока, например, не появятся другие доказательства, обосновывающие неизбежность реформ. Акцент на неотложности также является одним из факторов в подходе к реализации изменений, описанном Varber (2015 г.), и определяет понятие «горящей платформы», что служит пусковым механизмом для преобразования системы здравоохранения.
- 1.36 Во-вторых, это обеспечение быстрых побед, которые демонстрируют, что требуемые изменения оказывают положительное и непосредственное воздействие, даже если внедрение их в нужных темпах и масштабах в практическую деятельность займет значительно больше времени. Это дает уверенность и надежду на то, что изменения возможны. Varber называет это явление «ожиданием успеха». Быстрые победы позволяют действовать с большей уверенностью лицам, определяющим политику (которые могут подвергаться критике в связи с их деятельностью), и служат ресурсом для предъявления промежуточных доказательств эффективности предлагаемых изменений. Они также развивают способности к адаптации и позволяют лицам, определяющим политику, сохранять уверенность в том, что они решают важные задачи и достигают успехов, о которых необходимо информировать общественность.

Расширение модели контекстов, восприимчивых к изменениям (2): Kingdon

- 1.37 Учитывая интенсивный политический характер преобразований системы здравоохранения, что находит отражение в описании фактора давления со стороны среды в модели контекстов, восприимчивых к изменениям, применение концепции множественных потоков (Kingdon, 1995 г.) является обоснованным и расширяет определение упомянутых в модели Pettigrew с соавт. успешных стратегий, которым присущи согласованность целей, осуществимости и реализации, а также соответствие между ними. В реальности достижение хотя бы одного из этих параметров, не говоря уже о двух, может быть затруднительным.
- 1.38 Первый поток Кингдона – *осознание проблемы* – включает в себя исследования и факты, которые подтверждают существование такой проблемы, как основные движущие факторы преобразований системы здравоохранения (см. пункт 1.7 выше). Второй поток – *наличие механизма для решения проблемы* – охватывает стратегические аспекты, которые могут формировать повестку дня, в том числе значимую роль основных заинтересованных сторон. Третий поток – *политическая воля к осуществлению изменений* – это процесс, в рамках которого заинтересованные стороны обсуждают идеи и решения по данной проблеме.

При объединении трех потоков создается (или открывается) «окно возможностей», или «окно политики», посредством которого может быть введено в действие изменение политики (см. рис. 1).

1.39 В основном, Кингдона интересовали «большие окна» на национальном уровне разработки политики, однако для изменения политики столь же важны «маленькие окна» на мезо- или местном уровне. Иногда окна закрываются, и необходимо искать новые способы создания открытых окон. Организовывать и создавать «окна возможностей» помогают «антрепренеры от политики» (policy entrepreneurs). Их задача – создавать окна политики, а затем успешно использовать их, применяя свои знания процесса в целях продвижения интересов своей собственной политики. Такими организаторами могут быть политики, руководители заинтересованных групп или те, кто продвигают конкретные идеи.

Рисунок 1. Модель множественных потоков Кингдона.



1.40 Концепция трех потоков Кингдона отражена в нескольких факторах, входящих в модель Pettigrew с соавт., среди которых – важность лидерства, наличие поддерживающей организационной культуры, кооперативные межорганизационные связи и надежные доверительные отношения между основными заинтересованными сторонами.

1.41 Выявление предпринимателей от политики, их вклад в процесс преобразований – это важные направления деятельности, которые охватывают многие факторы, составляющие модель контекстов, восприимчивых к изменениям, особенно те из них, которые упомянуты в пункте 1.37. Ключевыми элементами успешного предпринимательства являются тестирование на ранних этапах, регулярное тестирование, умеренные темпы роста (не слишком быстро и не слишком медленно), межотраслевое сотрудничество с единомышленниками и убедительная программа действий (Weiss, 2014 г.).

Закрепление политики

- 1.42 Анализ факторов, способствующих закреплению политики, выполненный Институтом исследования государственного управления с опорой на концепцию множественных потоков Кингдона, показывает, что окна политики обычно остаются открытыми в течение ограниченного времени, а действующие правительства, стремящиеся внедрить новую политику или крупные преобразования, «должны использовать преимущества критических переломных моментов, в которых появляется возможность перемен» (Ilott с соавт., 2016 г.: 47). Примеры таких поворотных моментов – приход к власти нового правительства, желающего внести свой вклад в преобразования системы здравоохранения, или «горящие платформы» (см. выше в обсуждении концепции успешных изменений Коттера), которые могут значительно ускорить темп преобразований. Часто такими платформами становятся внешние факторы: например, это может быть серьезный бюджетный кризис (так, в Соединенном Королевстве недавние преобразования национальной системы здравоохранения Англии частично стимулируются условиями жесткой экономии, влияющей на государственные расходы) или открытые проявления неэффективности системы здравоохранения.
- 1.43 Одним из результатов аналитического исследования Института исследования государственного управления, направленного на изучение действий, которые может предпринять правительство в целях обеспечения эффективности мер долгосрочной политики (Ilott с соавт., 2016 г.: 6-7), является выявление трех этапов цикла политики:
- Период нарастающей значимости, в ходе которого проблема привлекает внимание министров и приобретает политический характер (в соответствии с теорией потоков Кингдона)
 - Этап структурных единиц, на котором политики и официальные лица применяют оговоренные стратегии для решения проблемы (поток политики – наличие механизма для решения проблемы в концепции Кингдона)
 - Период закрепления, в течение которого обеспечиваются необходимые меры, чтобы политика, реализованная для решения проблемы, продолжала функционировать даже тогда, когда политические интересы теряют интенсивность или совсем ослабевают.
- 1.44 От того, что конкретно происходит – или не происходит – на каждом из этих этапов, зависят закрепление и успех политики или ее провал в долгосрочной перспективе. И в отношении сложных изменений, таких как преобразования системы здравоохранения, решающее значение имеет фактор долгосрочности. Выше отмечалось, что быстрые победы необходимы для обеспечения постоянной политической поддержки и демонстрации того, что политика работает, при этом признается, что на укоренение глубоких изменений на уровне культуры требуется, как минимум, от пяти до десяти лет.

Контрольные перечни и правила содействия преобразованиям системы здравоохранения

- 1.45 В заключительной части упомянутого выше исследования Milbank Memorial Fund приводится контрольный перечень возможностей, предназначенный для лиц, определяющих политику, которые приступают к инициативам по преобразованию системы здравоохранения. Контрольный перечень охватывает пять измерений:

- *Лидерство*: этот фактор имеет первостепенное значение при разработке и реализации политики
- *Внешние ресурсы*: они распространяются на финансирование, техническую помощь и площадки для обсуждения процесса
- *Ядро управления*: критическую роль играет коллектив лидеров в сфере формирования политики, обладающих достаточным опытом управления изменениями
- *Анализ*: соответствующие данные и информация имеют определяющее значение, как для мониторинга реализации политики, так и для оценки успеха и результативности
- *Внедрение*: решающее значение имеют оперативные навыки, при этом ими часто пренебрегают, вследствие чего недостаточно внимания уделяется укомплектованию и удержанию персонала.

1.46 В своем систематическом реалистическом обзоре и обобщении крупномасштабных преобразований системы здравоохранения, выполненных в рамках описанного выше проекта KAST в Канаде, Best с соавт. (2012 г.) предлагают пять простых правил:

- *Привлекать людей на всех уровнях к руководству процессом преобразований*: должны быть назначены и распределены лидерские роли
- *Установить цепочки обратной связи*, при этом признавая, что количественная оценка может носить контрпродуктивный характер, особенно в случаях, когда многочисленные мероприятия по преобразованию системы нелегко поддаются измерению или не могут быть измерены в принципе; необходимо сочетать количественные и качественные подходы к оценке результатов
- *Учитывать исторический опыт*: успех КМП может зависеть от местной истории, хотя опыт и важные уроки из прошлого не следует рассматривать как прогностические факторы будущего развития
- *Привлекать к участию врачей*: они являются важными заинтересованными сторонами по причине полномочий и влияния, которыми они обладают; от врачей может зависеть исход – успех или провал – преобразований
- *Привлекать к участию пациентов и их семьи*: примеров успешных попыток привлечения пациентов к участию в КМП очень мало, при том что их роль может быть существенной.

1.47 В соответствии с контрольным перечнем возможностей, описанным в пункте 1.45, в анализе отмечается важность лидерства, и особенное внимание уделяется стилям лидерства. Утверждается, что для осуществления КМП систем здравоохранения требуются разные стили: и директивное руководство, приветствующее изменения, и делегирование руководящих ролей и ответственности другим членам группы с вовлечением персонала на всех уровнях системы. Делегирование руководящих ролей – важный фактор, мотивирующий сотрудников к участию в реализации преобразований и к руководству этим процессом там, где это необходимо: в сложной системе директивное лидерство не обладает достаточной адаптивностью и гибкостью, которые необходимы, чтобы адекватно реагировать на стремительно меняющиеся обстоятельства (McChrystal с соавт., 2015 г.). В исследовании проблем, с которыми сталкиваются американские военнослужащие в Ираке, McChrystal и его коллеги используют понятие «уполномоченного исполнения», которое обозначает децентрализацию управленческих полномочий и делегирование руководства на уровень действий. Это своего рода ответ на ожидаемую в предстоящие годы ситуацию, когда, по предположению авторов, произойдет увеличение массы решений в условиях

«хаотичного беспорядка». Они утверждают: «нам придется решать сложные проблемы способами, которые характеризуются продуманностью, адаптивностью и реактивностью и действуют в режиме реального времени» (стр. 248).

1.48 Тем не менее, в этих простых правилах отсутствует какое-либо упоминание общественности или граждан, а также необходимости привлечения их к активному диалогу о целях и направлении преобразований системы здравоохранения. Сосредоточиться на пациентах и их семьях недостаточно, даже с учетом того, что успешное вовлечение этих групп представляет собой непростую задачу для служб предоставления медицинской помощи.

Раздел 4: внедрение контрольного перечня «Оценка вашей готовности к изменениям»

1.49 Заметной характеристикой решающих факторов успеха, которая выступает на первый план при анализе различных примеров крупномасштабных преобразований системы здравоохранения и потоков деятельности, описанных в данном информационном документе, является их общность и регулярность, с которой основные факторы повторяются и проявляются (несмотря на встречающиеся различия в терминологическом плане при их описании). Это само по себе должно обеспечивать определенную уверенность в мерах, которые необходимо предпринять для успеха преобразований. И наоборот, их отсутствие может привести к провалу политики.

1.50 Еще один вывод, который можно сделать на основе аналитических исследований КМП (в том числе тех, которые непосредственно сосредоточены на преобразованиях системы здравоохранения), – это степень эффективности и ресурсности модели восприимчивых к изменениям контекстов относительно охвата всех основных факторов, которые актуализируются в ходе планирования действий по закреплению политики. По этой причине мы использовали данную модель при разработке нашего контрольного перечня.

1.51 Созданный на основе модели контрольный перечень «Оценка вашей готовности к изменениям» (который прилагается к настоящему документу), опирающийся на пять основных факторов, является стратегическим направлением в ответе на вопрос «каким образом». В то же время не может существовать какой-либо инструкции, плана или рецепта, на которые могли бы опираться лица, определяющие политику, для успешного осуществления преобразований системы здравоохранения с учетом всех бесчисленных сложностей этого процесса. Панацеи для преобразований быть не может: конкретные обстоятельства и детали всегда будут новыми и различными в разных контекстах.

1.52 Именно поэтому цели нашего контрольного перечня отличаются от целей многих других перечней, в том числе от получившего признание и высоко оцененного Контрольного перечня ВОЗ по обеспечению хирургической безопасности. Контрольный перечень мер по обеспечению хирургической безопасности призван решать рутинную и непростую проблему, которая, тем не менее, не является многокомпонентной, и поэтому является примером подхода, устанавливающего стандартный набор шагов, которые необходимо соблюдать, чтобы обеспечить безопасность хирургических вмешательств в больницах любой страны мира. Сопроводительное пособие действительно предназначено для применения перечня хирургической командой на регулярной основе. В этих условиях механический, директивный подход такого рода и возможен, и желателен.

1.53 При этом мы попытались показать, что преобразования системы здравоохранения предполагают работу с комплексными системами, которые по своей природе обладают весьма контекстуальным и политическим характером. В свою очередь, это ставит на повестку дня вопрос неизбежного выбора: какой тип системы здравоохранения общество готово поддерживать, чтобы решить проблемы, которые ставит такая система. Поэтому попытки создания универсального инструмента или контрольного перечня следует признать неосуществимыми или даже бесполезными.

1.54 Следовательно, наш контрольный перечень – это не шаблонная инструкция для лиц, определяющих политику, и управленцев, но инструмент, который необходимо адаптировать и настраивать для каждого нового контекста. Цель перечня – предлагать содержание и направление обсуждения и выявлять факторы, которые необходимо задействовать, чтобы укрепить шансы на успешные преобразования. При этом перечень не является точным и подробным директивным указанием для лиц, формирующих политику. Критики могут воспринимать это как слабую сторону Контрольного перечня, однако мы считаем эту характеристику преимуществом, которое лишь усиливает его привлекательность и применимость на долгосрочной основе.

Список литературы

Barber M et al (2011) *Deliverology: From idea to implementation*. *McKinsey on Government*, Spring.

Barber M (2015) *How to Run a Government So that Citizens Benefit and Taxpayers Don't Go Crazy*. London: Allen Lane.

Berwick D et al (2008) The Triple Aim: Care, Health and Cost, *Health Affairs* 27(3): 759-769.

Best A et al (2012) Large-System Transformation in Health Care: A Realist Review, *The Milbank Quarterly* 90(3): 421-56.

Forest P-G and Helms WD (2017) *State Policy Capacity and Leadership for Health Reform*. New York: Milbank Memorial Fund.

Holmes B et al (2016) Mobilising Knowledge in complex health systems: a call to action, *Evidence & Policy*, 15 August (fast track). <https://doi.org/10.1332/174426416X14712553750311>

lloft O et al (2016) *Making Policy Stick: Tackling long-term challenges in government*. London: Institute for Government.

King A and Crewe I (2014) *The Blunders of our Governments*. London: Oneworld.

Kingdon J (1995) *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. 2nd edition. New York: Harper Collins.

Kotter J (1995) Leading change: why transformation efforts fail. *Harvard Business Review*, March-April.

McChrystal S et al (2015) *Team of Teams: New rules of engagement for a complex world*. London: Portfolio Penguin.

Wanless D (2004) *Securing Good Health for the Whole Population*. Final report. London: HM Treasury.

Weiss M (2014) 'Government entrepreneur' is not an oxymoron, *Harvard Business Review Blog Network*, 28 March.

ВОЗ (2016 г.) *Преобразование системы здравоохранения: практика реализации*. Копенгаген: ВОЗ.

David J Hunter

Центр по изучению общественной политики и здравоохранения
Даремский университет

Rafael Bengoa

Институт здоровья и стратегии
Бильбао

Июнь 2017 г.

Европейское региональное
бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г., основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

Государства-члены

Австрия
Азербайджан
Албания
Андорра
Армения
Беларусь
Бельгия
Болгария
Босния и Герцеговина
Бывшая югославская
Республика Македония
Венгрия
Германия
Греция
Грузия
Дания
Израиль
Ирландия
Исландия
Испания
Италия
Казахстан
Кипр
Кыргызстан
Латвия
Литва
Люксембург
Мальта
Монако
Нидерланды
Норвегия
Польша
Португалия
Республика Молдова
Российская Федерация
Румыния
Сан-Марино
Сербия
Словакия
Словения
Соединенное Королевство
Таджикистан
Туркменистан
Турция
Узбекистан
Украина
Финляндия
Франция
Хорватия
Черногория
Чешская Республика
Швейцария
Швеция
Эстония

Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро
UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Тел.: +45 45 33 70 00 Факс: +45 45 33 70 01
E-mail: contact@euro.who.int