



Всемирная организация  
здравоохранения

Европейское региональное бюро

# ОБЕСПЕЧЕНИЕ СОТРУДНИЧЕСТВА МЕЖДУ УСЛУГАМИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ И ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ







Всемирная организация  
здравоохранения

Европейское региональное бюро

ОБЕСПЕЧЕНИЕ  
СОТРУДНИЧЕСТВА МЕЖДУ  
УСЛУГАМИ ПЕРВИЧНОЙ  
МЕДИКО-САНИТАРНОЙ  
ПОМОЩИ И  
ОБЩЕСТВЕННОГО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

## Резюме

В настоящей публикации приводится успешный опыт сотрудничества между службами общественного здравоохранения и первичной медико-санитарной помощи в пяти европейских странах (Австрия, Дания, Италия, Нидерланды и Швеция). Определены три основных условия, выполнение которых позволяет эффективно наращивать сотрудничество между работниками общественного здравоохранения и первичной медико-санитарной помощи. Во-первых, необходимо, чтобы мотивация сотрудников базировалась на возможности улучшить условия труда и внести свой вклад в достижение целей программы, которые они поддерживают; кроме того, от них требуется владение знаниями и навыками, необходимыми для реализации программы. Во-вторых, сотрудничеству должна способствовать организационная культура, что предполагает расширение прав и возможностей местного руководства, укрепление доверия и товарищества среди коллег, поощрение профессионального совершенствования и предоставление возможностей для развития коммуникативных способностей и навыков сотрудничества. Наконец, формальные механизмы сотрудничества – либо специфические для конкретной программы, либо (что еще лучше) интегрированные в структуру национальной политики – призваны обеспечивать беспрепятственный обмен информацией и коллегиальное принятие решений.

### Ключевые слова

HEALTH SYSTEMS

PUBLIC HEALTH SERVICES

PRIMARY HEALTH CARE SERVICES

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

Publications

WHO Regional Office for Europe

UN City, Marmorvej 51

DK-2100 Copenhagen O, 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>.

### © 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.

**Фото обложки: © Всемирная организация здравоохранения.**

# СОДЕРЖАНИЕ

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ	6
РЕЗЮМЕ	7
ВВЕДЕНИЕ	9
ИСХОДНЫЕ ДАННЫЕ: ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА СЛУЖБ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	12
АКТИВИЗАЦИЯ БЛАГОТВОРНОГО ЦИКЛА СОТРУДНИЧЕСТВА	21
МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА СОТРУДНИЧЕСТВА	36
ПРИНЦИПЫ ПРОГРЕССА И ДЕЙСТВИЙ	37
ВЫВОДЫ	41
ЛИТЕРАТУРА	42
ПРИЛОЖЕНИЕ 1.	45



## ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

Европейское региональное бюро ВОЗ выражает признательность следующим авторам настоящего доклада по сотрудничеству между услугами общественного здравоохранения и первичной медико-санитарной помощи (приводятся в алфавитном порядке): Rainer Christ, Jesper Ekberg, Gabriel Gulis, Meggan Harris, Andrea Silenzi и Arnoud Verhoeff.

Авторы хотели бы поблагодарить Anna Cichowska Myrup за руководство и координацию этого процесса, а также Heli Hätönen (Министерство социальных дел и здравоохранения Финляндии) и Matthias Wismar и Bernd Rechel (Европейская обсерватория по политике и системам здравоохранения) за их помощь в проведении диалога по вопросам политики, который вдохновил авторов на разработку данного доклада.

## РЕЗЮМЕ

Неразрывность задач служб общественного здравоохранения и первичной медико-санитарной помощи давно очевидна, однако в большинстве систем здравоохранения пока не удается в полной мере использовать потенциальную синергию совместных программ. Тем не менее, эффективное сотрудничество между сферами общественного здравоохранения и первичной медико-санитарной помощи становится важным компонентом обеспечения устойчивости систем здравоохранения в условиях, когда в связи с тенденциями в области демографии, жизни социума, экономики и технологий усиливается давление на системы здравоохранения, требующее от них более масштабного по объему и более качественного обслуживания при меньших затратах. В настоящей публикации приводится успешный опыт сотрудничества между службами общественного здравоохранения и первичной медико-санитарной помощи в пяти европейских странах (Австрия, Дания, Италия, Нидерланды и Швеция). Мы предлагаем к рассмотрению идеи развития сотрудничества и обобщаем основные темы, сформулированные на основе специальных программ, касающиеся конкретных требований к сотрудничеству, а также политики и вмешательств, которые оказались наиболее эффективными.

Мы определили в общих чертах три основных условия, выполнение которых позволяет эффективно наращивать сотрудничество между работниками общественного здравоохранения и первичной медико-санитарной помощи. Во-первых, необходимо, чтобы мотивация сотрудников базировалась на возможности улучшить условия труда и внести свой вклад в достижение целей программы, которые они поддерживают; кроме того, от них требуется владение знаниями и навыками, необходимыми для реализации программы. Во-вторых, сотрудничеству должна способствовать организационная культура, что предполагает расширение прав и возможностей местного руководства, укрепление доверия и товарищества среди коллег, поощрение профессионального совершенствования и предоставление возможностей для развития коммуникативных способностей и навыков сотрудничества. Наконец, формальные механизмы сотрудничества – либо характерные для конкретной программы, либо (что еще лучше) интегрированные в структуру национальной политики – должны обеспечивать беспрепятственный обмен информацией и коллегиальное принятие решений. Эти условия применимы как на вертикальном (национальном, региональном, муниципальном), так и на горизонтальном уровнях (первичная медико-санитарная помощь, общественное здравоохранение, социальные службы и НПО, а также другие заинтересованные стороны).

Мы также представляем 10 ключевых рекомендаций по этим направлениям. В их основе – мотивация и расширение прав и возможностей медицинских работников, а также предоставление им знаний и инструментов, необходимых для взаимодействия с коллегами в различных условиях системы здравоохранения.

1. Повышение степени удовлетворенности персонала и внедрение этих улучшений в деятельность в рамках программы и в цели программы.
2. Определение целей программы и эффективное информирование о них всех



вовлеченных сторон таким образом, чтобы способствовать обеспечению их участия.

3. Формирование профессионального потенциала, необходимого для реализации программы.
4. Создание гибкой правовой и структурной основы программы на макро- и мезоуровнях.
5. Формирование доверия между организациями и внутри организаций.
6. Продвижение практики сотрудничества как ценной профессиональной компетенции.
7. Разработка целей национальной политики в процессе органичной коллективной работы.
8. Согласование структурных стимулов и целей программы.
9. Выстраивание организационных связей через информационные технологии для систем здравоохранения.
10. Разработка инновационных схем мониторинга и оценки.

Поскольку эффективность сотрудничества зависит от людей, в этих рекомендациях преобладают стратегии по расширению возможностей и мотивированию специалистов здравоохранения, а также формированию связей между ними. Лицам, формирующим политику на национальном уровне, следует способствовать развитию инновационной деятельности в сфере предоставления услуг, обеспечивая необходимую поддержку инициативам снизу, формируя вспомогательные механизмы и соответствующие меры политики на национальном уровне.



# ВВЕДЕНИЕ

В Европе и во всем мире непрерывно ведутся дебаты о том, где заканчивается общественное здравоохранение и начинается медицинское обслуживание. На концептуальном и глобальном уровне эта дискуссия нередко имеет неявный характер, но проявляется в том, например, каким образом в различных документах ВОЗ (1,2) подчеркивается деятельность на межсекторальном уровне в отношении всеобщего охвата населения медицинской помощью. Однако на практике такого рода дебаты происходят ежедневно в бесчисленных местных организациях здравоохранения по всему миру: когда медицинские работники проводят иммунизацию населения, скрининг или ведут консультирование в отношении поведенческих аспектов; когда школьные медсестры направляют учащихся к специалистам по психическому здоровью или к социальным работникам; когда лица, определяющие политику, получают доступ к информационной системе здравоохранения данной территории, чтобы разобраться в эпидемиологической ситуации и спланировать возможные решения.

На микроуровне работникам сферы медицинского обслуживания – и особенно специалистам первичной медико-санитарной помощи – принадлежит одна из наиболее важных ролей в практике общественного здравоохранения. На макроуровне приоритеты и проблемы общественного здравоохранения в значительной степени определяют деятельность служб медицинской помощи. Тем не менее, в работе организационных и финансовых систем нередко не получала отражения взаимосвязанная природа этих двух сфер, что зачастую приводит к формированию разобщенных структур, в которых отсутствуют естественные пути для соединения этих сфер. Спустя сорок лет после того, как в Алма-Атинской декларации за первичной медико-санитарной помощью было закреплено центральное место в миссии общественного здравоохранения, реализовать этот синергетический союз большинству систем здравоохранения пока удалось не в полной мере.

Когда местные специалисты-практики и представители администрации стремятся улучшить сотрудничество в своей среде, они в каком-то смысле оказываются «оставленными на произвол судьбы», причем, как и в других областях межсекторальных инициатив по охране здоровья, успех сотрудничества между общественным здравоохранением и службами оказания медицинской помощи обычно в большой степени определяется спецификой реальных условий. Тем не менее, представляется возможным сформулировать некоторые сквозные темы и принципы, которые можно применять более широко, что будет способствовать осуществимости, приемлемости и устойчивости этих мероприятий в различных контекстах и областях (3).

## Цели

В основе этой публикации – опыт пяти европейских стран (Австрии, Дании, Италии, Нидерландов и Швеции), в которых работники здравоохранения и специалисты по планированию осуществляли руководство инициативами, направленными на мобилизацию местных ресурсов в масштабе всей системы здравоохранения в целях реализации задач общественного здравоохранения.

## Наши задачи:

- представить полученные в этих пяти странах сведения о развитии сотрудничества между общественным здравоохранением и службами первичной медико-санитарной помощи;
- обобщить характерные для данного контекста основные темы, имеющие отношение:
- к определенным требованиям к сотрудничеству, выявленным при анализе конкретных случаев;
- к вопросам политики и вмешательств, которые доказали свою эффективность в развитии сотрудничества.

## Методы

В этом отчете используется возможность, предоставленная в рамках состоявшегося в Хельсинки 18 июня 2018 г. диалога по вопросам разработки политики, который был посвящен обеспечению взаимодействия между службами первичной медико-санитарной помощи и общественного здравоохранения на административном уровне. Диалог был организован Министерством социального обеспечения и здравоохранения Финляндии в сотрудничестве с Европейской обсерваторией по системам и политике здравоохранения и Европейским региональным бюро ВОЗ. На совещании выступили пять приглашенных экспертов, которые поделились успешным опытом сотрудничества между службами первичной медико-санитарной помощи и службами общественного здравоохранения в своих странах:

- Rainer Christ, старший научный сотрудник, Австрийский институт общественного здравоохранения, Вена;
- Gabriel Gulis, доцент, Отдел по исследованиям в области укрепления здоровья, Университет Южной Дании, Эсбьерг;
- Andrea Silenzi, научный сотрудник, член совета, Центр научных исследований и разработок в сфере лидерства в области медицины, Университет Каттолика дель Сакре Куоре, Рим, Италия;
- Arnoud Verhoeff, руководитель Департамента эпидемиологии, инноваций в области укрепления здоровья и медицинской помощи, Служба общественного здравоохранения Амстердама, преподаватель курса по укреплению здоровья в условиях городской среды, факультет социологии, Амстердамский университет, Нидерланды;
- Jesper Ekberg, руководитель отдела общественного здравоохранения, округ Йенчепинг, Швеция.

Кроме того, по приглашению Европейского регионального бюро ВОЗ в дискуссии приняла участие научный писатель и исследователь Meggan Harris, в задачи которой входило отображение новых тем и опыта, сформированных в ходе презентаций и последующих обсуждений. Эти темы легли в основу руководства по дебатам (Приложение 1), которое изначально было разослано участникам диалога по вопросам разработки политики из Регионального бюро и Обсерватории для комментариев. После внесения предложенных изменений Meggan Harris провела ряд телеконференций при участии экспертов в данной области. Эксперты поделились дополнительной информацией и соображениями о представленных мероприятиях и возглавили составление отчета, в котором были обобщены первичные данные. Затем проект был распространен среди расширенной проектной группы, в которую вошли эксперты из стран и руководители высшего

звена ВОЗ и Обсерватории, с целью внесения дополнительных материалов и поправок.

Хотя исходный материал отчета, в основном, составляют сведения, полученные в ходе анализа конкретных ситуаций, масштабы и сроки реализации проекта не позволили провести подробное исследование каждой страны или программы. По этой причине в структуре отчета отражены основные темы диалога по вопросам разработки политики и последующих дискуссий, но не информация по самим странам. Мы надеемся, что подобная структура отчета позволит нам поделиться основными идеями, возникшими в результате состоявшегося в Хельсинки диалога, с другими лицами, определяющими политику и принимающими решения, которые, возможно, пожелают применить эти рекомендации в соответствующем контексте.

# ИСХОДНЫЕ ДАННЫЕ: ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА СЛУЖБ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В широком смысле достигнут широкий консенсус в отношении того, что основными столпами общественного здравоохранения являются профилактика заболеваний (например, вакцинация), охрана здоровья (например, безопасность пищевых продуктов и воды) и меры по укреплению здоровья (например, консультирование по вопросам питания). Вместе с тем, есть различия в том, каким образом эти услуги предоставляются разными системами здравоохранения. Помимо учреждений общественного здравоохранения, в ведении которых находятся такие сферы, как гигиена окружающей среды и гигиена труда, во многих странах функционируют обособленные организации, отвечающие за предоставление конкретных, оказываемых в индивидуальном порядке услуг общественного здравоохранения (например, услуг консультирования по вопросам семьи, охраны здоровья матери и ребенка) в рамках деятельности национальных, региональных и/или муниципальных органов власти.

Несмотря на то, что между службами общественного здравоохранения и первичной медико-санитарной помощи установлены определенные формальные связи, врачи первичной медико-санитарной помощи часто работают в финансовых и административных системах, полностью лишенных связи с органами общественного здравоохранения, и выступают в роли частных подрядчиков, труд которых оплачивается за счет медицинского страхования или компенсаций из национальной системы здравоохранения, или просто в роли работников по контракту в отдельных общественных структурах.

Мы подготовили краткое изложение условий работы систем здравоохранения в каждой из пяти стран (опыт которых послужил основой настоящего отчета), что позволит проиллюстрировать такую вариативность и создать контекст для конкретных исследований, описание которых следует ниже. Кроме того, в данном резюме представлены особенности функционирования на практике двух общих областей взаимодействия общественного здравоохранения и первичной медицинской помощи (на примере иммунизации и поведенческого консультирования).

В тексте, там, где это необходимо, приводится характеристика конкретных программ сотрудничества. Большая их часть связана с совместной работой служб общественного здравоохранения и первичной медико-санитарной помощи, при этом анализ охватывает и другие типы сотрудничества, имеющие отношение к рассматриваемому вопросу (например, межсекторальные инициативы и сотрудничество в области первичной и специализированной (вторичной) медицинской помощи). Все примеры в кратком виде приведены в Таблице 1.

## Области взаимодействия служб общественного здравоохранения и первичной медико-санитарной помощи: условия системы здравоохранения

### Австрия

В ведущих органах и службах общественного здравоохранения Австрии (на национальном, региональном и районном уровнях) существуют давние традиции в области охраны здоровья и профилактики заболеваний. Особый упор делается на меры надзорных органов в отношении здоровья и безопасности пищевых продуктов, безопасности дорожного движения и других сфер, которые обычно находятся в ведении организаций общественного здравоохранения наряду с административными и медицинскими информационными службами (например, учет естественного движения населения). Относительно неразвитыми являются услуги по укреплению здоровья, например, поведенческое консультирование.

Врачи первичной медико-санитарной помощи, со своей стороны, почти всегда занимаются независимой практикой, при этом их участие в сфере общественного здравоохранения ограничено. Порой, особенно в сельских районах, врачи общей практики (ВОП) берут на себя дополнительные обязанности в области общественного здравоохранения, в частности в отношении наблюдения за здоровьем учащихся в школах, при этом в некоторых провинциях в обязанности ВОП также входит вакцинация.

### Дания

Министерство здравоохранения Дании несет общую ответственность за обеспечение структуры медицинских услуг и надзор за их предоставлением. За реализацию большинства медицинских услуг отвечают пять административных районов, а в ведении 98 муниципалитетов находится большая часть индивидуально оказываемых услуг общественного здравоохранения. Финансирование первичной, специализированной (вторичной) и высокоспециализированной (третичной) медицинской помощи осуществляется за счет целевых единовременных дотаций из государственного бюджета, а управление происходит на уровне административных единиц. При этом врачи общей практики выступают в качестве «диспетчеров» в отношении большинства других услуг, включая муниципальные услуги, такие как укрепление здоровья, уход за пожилыми людьми, уход на дому и пр. (4). В определенных условиях общественного здравоохранения иногда предлагаются муниципальные услуги, но их также оказывают в ситуациях, соответствующих тем или иным мероприятиям: например, в фитнес-клубах на территории спорткомплексов.

Примером работы этих механизмов на практике являются мероприятия по иммунизации, проводимые службами первичной медико-санитарной помощи под надзором Statens Serum Institute ([www.ssi.dk](http://www.ssi.dk)) – национального исследовательского учреждения, сферу деятельности которого, главным образом, составляет борьба с инфекционными заболеваниями и биологическими угрозами. На муниципальном уровне прочно утвердились позиции консультирования по поведенческим вопросам, хотя люди часто получают направление из служб первичной медико-санитарной помощи.

## Италия

Восновесистемы здравоохранения Италии – модель социального здравоохранения. Несмотря на значительную децентрализацию административного руководства между 19 регионами и 2 автономными провинциями, планирование и финансирование осуществляются в регионах совместно с национальным правительством в рамках постоянной Конференции правительства и регионов. Услуги общественного здравоохранения, а также медицинские услуги предоставляются через Национальную службу здравоохранения (Servizio Sanitario Nazionale), причем цели общественного здравоохранения отражены в общей концепции. Возможно, отчасти по причине взаимосвязанной природы административного управления служб общественного здравоохранения и медицинской помощи они часто объединяются под общим термином “*sanità pubblica*”. Врачи-специалисты и врачи-терапевты работают в качестве наемных работников Национальной службы здравоохранения, в то время как врачи общей практики и педиатры в учреждениях первичной медицинской помощи работают в качестве частных подрядчиков, как правило, на индивидуальной основе, и их труд оплачивается по системе подушевого финансирования.

С 2017 г. обязательным требованием при зачислении в школу стало наличие прививок от 10 приоритетных заболеваний. Вакцинацию осуществляют местные органы здравоохранения, отделы профилактики и семейные врачи. Масштаб услуг по оказанию поведенческого консультирования варьируется в зависимости от региона: в ряде регионов сформировалась тесная связь между службами общественного здравоохранения и первичной медико-санитарной помощи, в то время как в других регионах сотрудничество носит лишь номинальный характер.

## Нидерланды

Общественное здравоохранение Нидерландов, в основном, находится в ведении национальных и местных органов власти, обеспечивающих финансирование и выполняющих различные функции в широком спектре услуг. Национальные протоколы применяются в сферах, в большей степени ориентированных на медицинскую помощь, таких как вакцинация, которая проводится непосредственно в детских центрах здоровья под надзором Национального института общественного здравоохранения и окружающей среды. Местные же органы власти чаще всего отвечают за разработку иных типов программ, таких как санитарное просвещение и охрана психического здоровья, хотя они включены в национальные планы здравоохранения (5).

Частные врачи общей практики оказывают первичную медико-санитарную помощь, причем оплата их услуг осуществляется в рамках одной из нескольких схем обязательного страхования. Ежегодно происходит согласование комплекса основных услуг с национальным правительством, при этом страховые компании конкурируют в области предоставления дополнительных услуг, касающихся таких сфер обслуживания, как стоматологическая помощь, страхование путешествий, плановые оперативные вмешательства и зрение. Некоторые функции общественного здравоохранения находятся в ведении как муниципальных организаций, так и служб первичной медико-санитарной помощи (например, консультирование по поведенческим вопросам). На индивидуальном уровне речь идет, главным образом, о сфере первичной медико-санитарной помощи; эти услуги предоставляются врачами общей практики, диетологами, физиотерапевтами и другими частными специалистами. В задачи разнообразных организаций



общественного здравоохранения входит проведение иных мероприятий в области консультирования по поведенческим вопросам в групповом формате (например, в школах, на рабочем месте, в местных сообществах).

В сферах общественного здравоохранения, которые не относятся к строго регламентированным в рамках законодательства, уровни сотрудничества различаются, но в целом это область непреходящих трудностей и требующих решения задач.

## Швеция

В Швеции существует давняя традиция местного самоуправления и активного участия представителей сообщества. Это проявляется и на уровне системы здравоохранения: как в области первичной медико-санитарной помощи, так и общественного здравоохранения. Важнейшую роль и в управлении здравоохранением (включая первичную медико-санитарную помощь), и в предоставлении услуг общественного здравоохранения играют 290 муниципалитетов и 21 окружной совет. Наконец, национальное правительство разрабатывает политику в области здравоохранения, в основном, в ответ на обеспокоенность на низовом уровне, причем явными приоритетами являются соблюдение принципов равенства и межсекторальное взаимодействие.

Национальному правительству принадлежит существенная роль в стандартизации практики на местах, однако разработка директивных предписаний ограничена. Наибольшая степень гармонизации отмечается в таких областях как профилактика инфекционных заболеваний. Несмотря на то, что программа иммунизации находится под контролем местных органов власти, в основе ее реализации – национальные стандарты, разработанные и контролируемые Агентством общественного здравоохранения Швеции. В качестве еще одного примера руководства в общегосударственном масштабе можно привести национальные рекомендации в области методов профилактики заболеваний, поддерживающие усилия граждан по изменению нездорового поведения (документ был подготовлен Национальным советом по здравоохранению и социальному обеспечению Швеции).

Специалисты и местные руководящие органы часто полагаются на неиерархические структуры управления, такие как десятки сетевых организаций с закрытым членством, в том числе объединения директоров организаций общественного здоровья, руководителей служб общественного здравоохранения и пр., координационные комитеты которых относятся к Шведской ассоциации местных органов власти и регионов (6).

**Таблица 1.** Примеры сотрудничества между службами общественного здравоохранения и первичной медико-санитарной помощи в перечисленных странах

## Примеры стран

### Австрия

#### Отделения первичной медико-санитарной помощи (7)

Создание многопрофильных отделений первичной медико-санитарной помощи под руководством частных врачей общей практики с целью совершенствования

преемственности медицинского обслуживания, интеграции мер по укреплению здоровья и профилактике заболеваний, а также улучшения координации со специализированными службами; эта модель была разработана совместно со всеми партнерами и отражена в национальном законодательстве, но ее использование осуществляется на добровольной основе.

---

## Дания

### **Физическая активность по рецепту врача (8)**

Врачи общей практики выявляют пациентов, ведущих малоподвижный образ жизни, подверженных повышенному риску ожирения, диабета или сердечно-сосудистых заболеваний; пациенты получают письменный рецепт на проведение мероприятий в отношении тех или иных аспектов поведения в течение четырех месяцев, которые включают мотивационное консультирование, оценку состояния здоровья и личную физическую подготовку.

### **Датская сеть «Здоровые города» (9)**

Датский член сети, входящей в состав Европейских национальных сетей «Здоровые города», связанных с Европейской сетью «Здоровые города» ВОЗ. В работе этой профессиональной сети общественного здравоохранения принимает участие 53 из 98 муниципалитетов, что способствует более активному укреплению здоровья населения и профилактике заболеваний на муниципальном уровне. Основным мероприятием датской сети «Здоровые города» является ежегодная конференция – платформа для обмена опытом и знаниями между специалистами и политиками. Данная сеть также играет важную роль, так как осуществляет поддержку других подсетей общественного здравоохранения, включая физическую активность по рецепту.

---

## Италия

### **Национальный план иммунизации**

В Национальном плане иммунизации на 2017–2019 гг. предлагается обновленная вакцина, что позволит обеспечивать максимально возможную защиту с учетом текущих демографических и эпидемиологических потребностей. В основе плана – скоординированный и междисциплинарный подход с привлечением других секторов вне сферы здравоохранения (таких как программы Министерства образования и клинической ординатуры) в качестве попытки сократить социальное неравенство в масштабе всей страны и улучшить состояние здоровья населения посредством вакцинации. Согласно последовавшему постановлению правительства, обязательными при зачислении в школу в настоящее время являются 10 прививок.



## Нидерланды

### Консультирование в области общественного здравоохранения для уязвимых групп населения

Настоящая программа первоначально осуществлялась на муниципальном уровне и имела конкретные цели и компоненты, ориентированные на отдельные районы внутри муниципалитетов. Сегодня целью программы является обеспечение направления к специалистам по поведенческому консультированию и в службы охраны психического здоровья из учреждений первичной медико-санитарной помощи, причем основное внимание направлено на уязвимые группы населения. На первых этапах финансирование программы происходило на муниципальном уровне, но, начиная с 2019 г., эта программа, ориентированная на поведенческое консультирование, будет включена в число портфеля основных услуг, предлагаемых страховщиками.

### Амстердамская программа по поддержанию здоровой массы тела (10)

Впервые данная программа была запущена муниципалитетом Амстердама, но в настоящее время она реализуется во многих других муниципалитетах в качестве комплексного подхода к решению проблемы детского ожирения. Партнерами являются учреждения первичной медико-санитарной помощи и страховые компании, а также школы, деловые круги и городской совет. Учащиеся, подверженные соответствующему риску, получают направление на мероприятия по охране здоровья, которые позволяют улучшить питание и сон, повысить физическую активность.

### Здоровая и безопасная школьная среда: подход «Школы здоровья»

В основе подхода «Школы за здоровье» – четыре основных принципа: просветительская деятельность, окружающая среда, информирование и политика. Комплексный подход предполагает работу в соответствии с этими четырьмя принципами в контексте определенной темы, что позволяет стимулировать коллективы начальной и средней школы, а также профессионально-технических училищ к пропаганде здорового поведения в связи с одной или несколькими темами здоровья. К таким темам относятся: питание, физические упражнения и спорт, профилактика курения, употребления алкоголя и употребления наркотиков, благополучие, отношения и сексуальность, гигиена, уход за кожей и зубами, окружающая среда в помещениях, окружающая среда и физическая безопасность, медийно-информационная грамотность и потеря слуха. Школы, добившиеся успеха в области одной или нескольких из перечисленных тем, могут подать заявку на получение сертификата «Школы здоровья».

---

## Швеция

### Семейные центры

Хотя идея создания таких центров изначально принадлежала неправительственным организациям, в них под одной крышей объединены государственные медицинские и социальные службы, ориентированные на охрану здоровья женщин и детей, открываются дошкольные учреждения и социальные службы, в том числе совместно с другими партнерами по сообществу. В основе деятельности центров

заложены следующие принципы: создание единой команды для обеспечения поддержки здоровья детей и семьи, безопасных привязанностей, оптимального психического и физического развития, равной доступности услуг здравоохранения и особого внимания детям группы риска.

### **Диалоги по вопросам здоровья**

Для граждан и жителей предлагаются диалоги по вопросам здоровья. В ряде территориальных единиц диалоги по вопросам здоровья охватывают период всей жизни: детские медицинские центры, затем школьные программы здоровья, за которыми следует первичная медико-санитарная помощь взрослым. В ходе специально организованных встреч по консультированию работники среднего медицинского звена проводят беседы по вопросам здоровья и поведения человека.

### **Вместе на пути к наилучшему возможному состоянию здоровья и равенству в медицинской помощи**

В рамках этой стратегии в округе Йенчепинг объединяются руководители учреждений специализированной помощи, первичной медико-санитарной помощи и сообществ (охраны общественного здоровья и пациентов) в целях поддержки самопомощи, управлению своим здоровьем и укреплению здоровья. Службы первичной медико-санитарной помощи выступают в качестве одного из координаторов различных проектов и служб здравоохранения, при этом особое внимание уделяется вовлечению жителей и пациентов в совместный процесс развития (совместное формирование и совместное проектирование).

---

### **Движущие силы и вызовы, обуславливающие необходимость наращивания сотрудничества**

Несмотря на разнообразие представленных в этом отчете систем здравоохранения, все они подвержены воздействию общих сил, обуславливающих необходимость расширения сотрудничества между службами общественного здравоохранения и первичной медико-санитарной помощи, включая эффективность и себестоимость, политические аспекты, демографические и эпидемиологические факторы, а также улучшение качества. Вместе с тем, эти факторы редко отличаются достаточной четкостью, и на первый взгляд они могут даже казаться противоречивыми, что вызывает необходимость определенной калибровки стимулов, которая позволяет добиться более тонкой согласованности этих факторов с системными целями эффективного использования ресурсов и эффективного достижения целей, связанных со здоровьем населения.

Первая группа факторов – эффективность и себестоимость – хорошо иллюстрирует вышеупомянутые сложности. Обычно считается, что службы общественного здравоохранения являются эффективным механизмом контроля будущих расходов на медицинское обслуживание, в основе которого – профилактика развития заболеваний. Например, профилактические мероприятия в сфере общественного здравоохранения, направленные на повышение качества питания и способствующие эффективной популяризации физической активности среди детей и подростков, могут привести к улучшению статистики ожирения на протяжении всей жизни. В свою очередь, сократятся и будущие расходы

на лечебные мероприятия, связанные с диабетом, сердечно-сосудистыми болезнями и другими заболеваниями, которые формируются под влиянием избыточного веса и малоподвижного образа жизни. Такая взаимосвязь не только достоверна, но и является оптимальным, если не единственным известным способом обеспечения устойчивости систем здравоохранения с учетом старения населения и роста затрат на услуги врачей-специалистов. Тем не менее, данная причинно-следственная связь не всегда столь очевидна на первый взгляд, будучи зависимой от множества дополнительных факторов, и может не проявляться в течение многих лет и даже десятилетий, что затрудняет получение точных данных и доказательств в количественном выражении. Более того, программы общественного здравоохранения, как и любая другая служба медицинской помощи, требуют предварительных, стартовых инвестиций, при этом последующее сокращение затрат в других частях системы (особенно в области больничных услуг) будет очевидно лишь в долгосрочной перспективе.

С беспокойством по поводу расходов связаны и политические соображения. В принципе, нельзя утверждать, что политики изначально настроены враждебно по отношению к общественному здравоохранению. Даже в таких странах, как Нидерланды, где заинтересованные стороны (страховые компании) оказывают значительное влияние на результаты обсуждений бюджета системы здравоохранения, не обладая естественным стремлением к поддержке усилий по профилактике заболеваний, среди лиц, определяющих политику, существует широкий консенсус в отношении расширения сотрудничества между общественным здравоохранением и службами первичной медико-санитарной помощи как необходимой и благоприятной меры. В других странах, например, в Швеции, общественное здравоохранение широко представлено как на национальном, так и на региональном уровнях, а государственные органы, такие как Агентство общественного здравоохранения Швеции, принимают активное участие в обсуждении принимаемых решений. В Италии, несмотря на то (или, возможно, в связи с тем), что Национальная служба здравоохранения выступает в качестве общей структуры управления, в ведении которой находятся и службы оказания медицинской помощи, и общественное здравоохранение, сильна совокупная поддержка общественного здравоохранения, хотя иногда она бывает ослаблена за счет общего отсутствия понимания того, в чем состоят отличия общественного здравоохранения от финансируемой государством медицинской помощи. Желание общества иметь системы здравоохранения с удовлетворительным финансированием нередко трансформируется в политическое давление по обеспечению хорошего доступа к медицинским услугам, особенно узкоспециализированным услугам в условиях стационара. Нечто подобное можно сказать и о Дании, где «супербольницы» представляют собой весьма заметный политический ответ на социальные недовольства, связанные с системой здравоохранения. Такой подход к специализированной медицинской помощи контрастирует с вниманием, в меньшей степени уделяемым на политической арене профилактическим мерам, что приводит к существующему во многих странах дисбалансу между службами общественного здравоохранения и медицинского обслуживания.

Несмотря на то, что для бюрократии характерна естественная тенденция к расширению, страховщики, больницы и медицинские работники приходят к возрастающему осознанию того, что службы по оказанию специализированной медицинской помощи просто не способны справиться с демографическими и эпидемиологическими вызовами, приводящими к неослабевающему и растущему

спросу на эти услуги. Действительно, хотя вину за рост потребности в услугах здравоохранения в таких странах, как Швеция и Италия, часто возлагают на демографические показатели, старение населения также влияет на состояние кадрового ресурса, что подчеркивает аспект способности системы здравоохранения удовлетворять растущий спрос на медицинскую помощь в контексте волны сокращения рабочей силы. Кроме того, непосредственно задуматься о негативных последствиях централизованной специализированной модели здравоохранения (среди которых – увеличение географического расстояния до необходимых медицинских учреждений, а также нецелесообразная и повторная госпитализация) заставляет и увеличение числа пожилых людей с хроническими заболеваниями. В Дании эти реалии зародили общественную поддержку в пользу создания упорядоченной системы медицинского обслуживания на местном уровне, что представляет собой изменение парадигмы в политике системы предоставления медицинской помощи. Стоит отметить, что Дания готовится к внедрению пакета реформ здравоохранения, равных которому по масштабу в течение десяти лет не было (11), причем есть основания полагать, что центральным элементом реформ станет медико-санитарная помощь, организованная по месту жительства (12).

Наконец, в основе большинства совместных усилий лежит стремление к повышению качества. Представляя группу профессионалов, медицинские работники, сотрудники служб общественного здравоохранения, а также другие администраторы и лица, принимающие решения в системе здравоохранения, определенно несут миссию, связанную с улучшением здоровья, и большинство из них относятся к этому серьезно. Действительно, этика и общественное служение являются основными столпами сфер медицинского обслуживания и общественного здравоохранения, при этом во многих европейских обществах всеобщий охват высококачественной медицинской помощью составляет предмет гордости и даже культурной самобытности. Несмотря на то, что общая склонность работников здравоохранения к качественному выполнению своей работы может искажаться под влиянием административной инерции и нередко смещенных финансовых стимулов, растущее осознание того, что сотрудничество позволяет улучшить результаты в отношении состояния здоровья населения, остается основной движущей силой реформ по формированию интегрированных услуг и неотъемлемой основой мобилизации кадровых ресурсов в целях достижения системных целей.

# АКТИВИЗАЦИЯ БЛАГОТВОРНОГО ЦИКЛА СОТРУДНИЧЕСТВА

В течение многих лет лица, определяющие политику, ученые-исследователи и другие специалисты вкладывали значительные усилия в разработку, изучение и распространение знаний о сотрудничестве в системах здравоохранения. Ряд наиболее информативных результатов был получен в ходе международных исследований в области межсекторального управления на самых высоких уровнях, в пространстве которых разрабатываются политические программы и национальные планы в области здравоохранения (13). Напротив, в обзорах сотрудничества между службами общественного здравоохранения и первичной медико-санитарной помощи отмечался внушительный объем источников данных, описывающих весьма разнородные программы (14, 15). В связи с этим в кругах, занимающихся формированием политики здравоохранения, в целом достигнуто отчетливое понимание того, в чем состоят механизмы сотрудничества и для чего они предназначены; кроме того, есть представления об основных принципах, являющихся залогом успеха, среди которых – участие заинтересованных сторон, четко прописанные роли и обязанности, а также налаженная коммуникация. Тем не менее, по-прежнему существуют пробелы в понимании того, как и для чего эти компоненты совместно функционируют, особенно в местных контекстах, отличающихся разными формами финансирования и предоставления услуг здравоохранения.

Исходный опыт, послуживший основой данного доклада, способствует прояснению этих взаимодействий и подчеркивает центральную роль граждан и специалистов, вокруг которой выстроены системы здравоохранения. Что можно предпринять в системе здравоохранения, чтобы повысить готовность врачей-специалистов к переменам? Каким образом администраторы могут культивировать практики сотрудничества в своей организационной культуре? Какие структуры и инструменты должны быть в наличии, чтобы помочь им в этом?

На рис. 1 показано воздействие этих факторов в странах, опыт которых изучался. Выявленные факторы мотивации включают создание благоприятных условий труда, формирование представлений о личных и профессиональных целях, а также осуществление общего руководства и обучения в области связанных с реформой ожиданий. Эти факторы могут внести вклад в создание условий, необходимых для эффективного участия специалистов системы здравоохранения. Кроме того, в ходе взаимодействия между специалистами необходимо далее развивать коллективное руководство на местах и вовлекать сотрудников, повышать степень взаимного доверия, чувство сопричастности и приверженность целям программы, активизировать навыки и скрытые знания медицинских работников. Все эти исключительно кадровые ресурсы действуют как катализаторы активизации, они придают смысл формальным и системным структурам, которые обеспечивают совместную работу на ежедневной основе. Эта энергия, в свою очередь, создает цикл положительной обратной связи, который укрепляет мотивацию и помогает сделать сотрудничество более устойчивым.

На практике отношения, отраженные на рис. 1, не носят временного характера: руководителям программ действительно приходится одновременно, непрерывно формировать мотивирующие условия, продвигать позитивную культуру на рабочем месте и создавать формальные механизмы сотрудничества, поскольку



условия меняются, и возникают непредвиденные последствия. Тем не менее, полезно прийти к пониманию того, каким образом каждое из этих действий влияет на остальные, и почему ни одним из них нельзя пренебрегать.

Рис. 1. Цикл положительной обратной связи в условиях успешного сотрудничества



## Мотивация и готовность к переменам

Развитие межпрофессионального сотрудничества начинается с понимания того, что движет и мотивирует деятельность специалистов во всех областях и организациях, в которых востребовано их участие. Некоторые из этих мотивирующих факторов связаны с основными условиями труда (заработная плата, временные ограничения, рабочая нагрузка на работников и профессиональное выгорание, а также административные требования). Другие мотивирующие факторы не столь осязаемы, они связаны с ощущением осмысленности своего труда, чувства ценности личного вклада в общее дело и связи между своей работой и повышением качества жизни людей, которым служат работники здравоохранения. Наконец, специалисты должны быть оснащены навыками, знаниями и поддержкой, которые позволяют им участвовать в совместной деятельности, а также выступать в качестве активных партнеров в этом начинании.

## Условия труда

Упреждающее устранение препятствий к сотрудничеству, связанных с условиями труда, имеет первостепенное значение для обеспечения возможности сотрудничества специалистов здравоохранения, которым надлежит осуществлять эту деятельность. В Австрии были предприняты решительные действия,

направленные на объединение частных практик врачей общей практики и других специалистов в сфере здравоохранения в более крупные многопрофильные подразделения первичной медико-санитарной помощи, предлагающие более широкий спектр медицинских услуг для всей семьи в условиях централизованной организации обслуживания. На самых ранних этапах развития одна из основных проблем, волновавших врачей, была связана с влиянием новых механизмов на безопасность их доходов, поэтому прояснение этого вопроса являлось необходимым условием их участия в переменах. Еще одним интересным мотивирующим фактором в австрийской системе здравоохранения стало то, что подразделения первичной медико-санитарной помощи предоставили врачам-специалистам возможность более гибкой организации недельного графика работы и даже сокращения рабочей нагрузки. Сокращение нагрузки – элемент, наиболее привлекательный для молодых врачей (а на практике – для женщин особенно), для которых большое значение имеет гармоничное сочетание работы и личной жизни. В Нидерландах в контексте совещаний, организованных в Амстердаме Службой общественного здравоохранения города для врачей общей практики, посвященных вопросам сотрудничества в области целевых направлений уязвимых групп населения в психиатрические учреждения и другие социальные службы, городское правительство выделило средства, компенсирующие врачам общей практики затраты, связанные с посещением этих мероприятий.

В Италии начало реализации Национального плана иммунизации на 2017–2019 гг. было приурочено к принятию нового закона, в рамках которого обязательным условием зачисления в школу является вакцинация (16). Вследствие этого школы оказались под существенным административным бременем, связанным с предоставлением документов, подтверждающих, что каждый ученик проходит вакцинацию в соответствии с календарем прививок. Эти затруднения стали причиной последующих изменений в программе, направленных на сокращение роли школьной системы и уменьшение соответствующей рабочей нагрузки. Сегодня справку о сделанных прививках можно получить в аптеках или через доступ к личной учетной записи в сети Интернет. Похожий пример – сформированная в Швеции национальная сеть, состоящая из 280 семейных центров, объединяющих под одной крышей некоммерческие ассоциации, работников здравоохранения с оплатой труда через структуры административной региональной единицы (в области охраны здоровья женщин и детей), а также социальных работников, оплачиваемых муниципалитетом (социальные службы и открытые дошкольные учреждения). Благодаря тому, что эти службы расположены в непосредственной близости друг от друга, были сведены к минимуму административные требования, что способствовало налаживанию сотрудничества между коллегами в неформальном ключе и формально – через системы.

В Дании среди факторов, препятствующих сотрудничеству, часто упоминают временные ограничения. Врачи признают необходимость оказания «кем-то» услуг по профилактике заболеваний или роли «кого-то» в качестве связующего звена между организациями, но у большинства врачей нагрузка столь велика, что они почти лишены возможности брать на себя новые обязанности. В Австрии в подразделениях первичной медико-санитарной помощи дополнительное время, необходимое для координации деятельности и управления действиями специалистов, обеспечивается за счет приглашения еще одного сотрудника, который берет на себя соответствующие административные обязанности, а у медицинских работников высвобождается время для консультирования пациентов.

## Целеполагание

Помимо материальных стимулов, специалистам здравоохранения важно с самого начала иметь убежденность в ценности программных целей: другими словами, чтобы занять свое место за столом переговоров, им необходимо разделять мнение о том, что их труд обладает смыслом и целью. Это нематериальный показатель благосостояния сотрудников, которому зачастую трудно способствовать извне, особенно в условиях относительно статичной культуры кадровых ресурсов. Однако существуют стратегии (как умеренные, так и более смелые), которые способны преодолеть подобную инерцию.

Во-первых, в каждой программе необходимо заложить потенциал сопутствующих выгод для партнеров. Сформулировать, в чем состоят такие выгоды, часто непросто, поскольку затруднительной представляется количественная оценка результатов деятельности служб общественного здравоохранения, однако это можно осуществить. В Амстердаме в рамках программы «Здоровая и безопасная школьная среда» совместно с Министерством образования происходит работа над внедрением материалов по общественному здравоохранению в учебные планы образовательных учреждений. В качестве одного из первых шагов была предпринята попытка помочь педагогам понять, в чем может состоять воздействие программы на их основные цели (благополучие учащихся, повышение успеваемости и т. д.). В Австрии мероприятия по увеличению актуального числа отделений первичной медико-санитарной помощи (примерно до 75) сосредоточены на объяснении преимуществ совместной работы семейных врачей, к которым относятся распределение затрат и совместное администрирование, а также возможность предложения пациентам более широкого спектра услуг, оказываемых в учреждении, и совершенствование согласованности действий с внешними службами, такими как сестринский уход на дому и услуги по укреплению здоровья.

Очень эффективными также могут быть и другие, более смелые стратегии. В Италии Национальная служба здравоохранения предложила свое решение проблемы сопротивления вакцинации («анти-прививочное движение») и, как следствие, роста заболеваемости инфекционными болезнями, предупреждаемыми с помощью вакцинации: было введено обязательное условие проведения 10 бесплатных прививок для всех детей и наложения значительных штрафов (первоначально 500–7500 евро) за несоблюдение. Реакцией на эту меру стали неоднозначные общественные дебаты и появление у специалистов общественного здравоохранения возможности убедительно опровергнуть в популярных средствах массовой информации интернет-слухи и мнения теоретиков заговора. В рамках этих мероприятий Академия и ведущие медицинские сообщества врачей общей практики, педиатров и врачей общественного здравоохранения сделали возможным создание сайта ([www.gemmaeivaccini.it](http://www.gemmaeivaccini.it)), который был разработан специалистами по информационному обеспечению с целью противодействия аргументам против вакцинации с использованием таких инструментов, как основанные на фактических данных рассказы о конкретных ситуациях, простой язык и эмоциональные обращения. Оживленная дискуссия, разгоревшаяся в связи с этой проблемой, способствовала преодолению апатии, улучшению коммуникативных навыков врачей, а также привлекла внимание партнеров по программе к вопросу о значении вакцинации. Тем не менее, вследствие определенных негативных откликов, на политиков было оказано давление с целью внесения поправок в закон, в результате чего были изменены требования



к приему в дошкольные учреждения и принцип самого обязательства, а также создана некоторая неопределенность в отношении будущего закона (17).

В Амстердаме члены муниципалитета использовали аналогичную тактику, которая позволила обсудить в общественном поле вопрос о том, какую ответственность несет правительство в борьбе с детским ожирением, называя это формой жестокого обращения с детьми, требующего реакции общества. До этих заявлений общественные дебаты проходили по либеральному сценарию, когда аргументы, связанные с вопросами личного выбора и свободы, заглушали призывы к вмешательству служб общественного здравоохранения. Впоследствии, однако, общественное мнение явно изменилось, что помогло поколебать желание врачей общей практики и сектора, не относящегося к здравоохранению, активно участвовать в Амстердамской программе по поддержанию здоровой массы тела.

### **Общее руководство и обучение**

Наконец, для успешного осуществления программы важно обеспечить формирование и поддержание профессиональных навыков и способностей, в том числе командной работы. В Дании датская сеть «Здоровые города» с 1991 г. регулярно проводит учебные программы, конференции и семинары, и первой опорой в рамках стратегии на 2017–2020 гг. является «повышение профессионализма», определяемое как самоотверженный обмен знаниями и навыками между участниками сети (9). Такой же подход также применяется и в сети «Здоровые города» в Швеции, где сетевые организации с закрытым членством и окружные советы регулярно встречаются для обмена опытом и ознакомления с достижениями в других регионах. Более того, коллегиальная основа такой образовательной деятельности способствует формированию доверия и духа товарищества (см. также раздел о коллективной ответственности и доверии).

Кроме того, в Швеции, Дании и других странах применяются национальные официальные документы и протоколы, в которых представлены передовые методы и рекомендации по внедрению программ для медицинских работников, стремящихся к реализации совместных инициатив в своей области и способствующих стандартизации практической деятельности и обеспечению специалистов знаниями и практическими инструментами, необходимыми для достижения целей программы.

В Италии программы подготовки были запущены даже на университетском уровне, и студенты медицинских факультетов получили возможность провести часть курса специализации в начальных и средних школах (18), что является хорошим примером профессиональной подготовки врачей-терапевтов к работе в службах общественного здравоохранения. Подобные инициативы непосредственно ориентированы на устранение несоответствия, которое считается типичным для целей врачей (лечение болезней) и специалистов-практиков общественного здравоохранения (улучшение здоровья населения). Также в Италии проводилась программа иммунизации, включавшая инициативы по обучению учителей и образовательные мероприятия для учащихся, вследствие чего было создано пространство в образовательном контексте, которое позволило разрешить сомнения в отношении безопасности вакцин и обеспечило для учителей возможность действовать в качестве доверенных лиц по этому вопросу.

Профессиональная подготовка педагогов также осуществлялась в Нидерландах в рамках программы профилактики ожирения. Первые результаты показали, что учащиеся, которым было рекомендовано обратиться в школьные программы активной помощи, подвергались стигматизации, причем и родители, и учителя неосознанно вносили свой вклад в формирование негативного образа этой программы. Таким образом, обучение носило адаптивный характер, помогая скорректировать курс и сформировать положительное отношение к мероприятиям школьных служб здравоохранения («укрепление здоровья», а не «направленность на детей с ожирением»).

## **Внедрение организационной культуры сотрудничества**

Если приведенные выше условия помогают создать и поддерживать климат сотрудничества, то межличностная динамика, описание которой приводится ниже, оказывает такой же эффект на организационную культуру. По сути, основой культуры сотрудничества являются расширение прав и возможностей местных руководителей, коллективная ответственность и доверие среди партнеров, а также мобилизация негласных активов внутри рабочего коллектива и между институтами страны или региона.

## **Расширение полномочий местного руководства**

На основе данных, полученных в исследованных странах, коллективное руководство на местах представляется наиболее часто упоминаемым элементом успешных совместных инициатив между службами общественного здравоохранения и первичной медико-санитарной помощи. Этот подход практикуется на системном уровне в Швеции, где участие и самоуправление являются культурными признаками существующих организационных структур. Шведские семейные центры, как и другие социальные и медицинские организации, тесно связаны с сообществами, в которых они функционируют. Фактически, данная концепция получила развитие на низовом уровне благодаря деятельности общественных структур (некоммерческих ассоциаций), взаимодействие которых с муниципальным и районным руководством позволило организовать центры по предоставлению пакета основных социальных и медицинских услуг в одном месте. Аналогичным образом, в Амстердаме руководители города на ранних этапах пришли к осознанию того, что реализуемая программа консультирования в сфере общественного здравоохранения будет работать наиболее эффективно при условии организации процесса на районном уровне, с учетом того, что врачи общей практики будут иметь возможность делиться своими идеями о самых насущных в их области социальных и медицинских услугах (таких как консультирование по вопросам психического здоровья, питания и физической нагрузки).

Тем не менее, начало совместным инициативам также может быть положено на национальном или даже международном уровне, если на местные и региональные субъекты возложена обязанность руководства этой работой. Как в Австрии, так и в Италии, несмотря на то, что национальным правительством были приняты законы, устанавливающие модель совместных программ, большая часть работы по реализации и адаптации программ на местном уровне была возложена на

регионы и/или муниципалитеты. В Австрии в разработке характеристик модели подразделения первичной медико-санитарной помощи принимали участие группа местных страховщиков, региональная администрация и врачи общей практики. На федеральном уровне процесс поддерживался потоками финансирования, направленными на организационное развитие и некоторые расходы, в то время как национальное законодательство касалось принципов программы. Однако, в конечном итоге, роль правительства заключалась в том, чтобы не предписывать, а поддерживать и поощрять. В Италии в соответствии с общей схемой Национального плана иммунизации врачи служб общественного здравоохранения на местном уровне выдвинули инициативы по улучшению качества (такие как проведение аудита служб общественного здравоохранения) для более полного охвата вакцинацией, выявляя и обмениваясь стратегиями иммунизации в тесном сотрудничестве с врачами общей практики и педиатрами первичного звена медико-санитарной помощи (19).

В Дании программа физической активности по предписанию врача, действующая с 2002 г., представляет собой адаптацию международного опыта Англии, Новой Зеландии, Норвегии и Швеции. В результате создается адаптированная модель сотрудничества между врачами общей практики (первичная помощь), муниципалитетами, районами и спортивными ассоциациями, в задачи которого входит сокращение статистики избыточного веса и ожирения и повышение физической активности среди людей с риском ухудшения здоровья, связанным с избыточным весом и малоподвижным образом жизни. В Дании еще до реформы национальной системы здравоохранения в 2007 г. отмечался высокий уровень децентрализации; во всем мире страна известна высоким уровнем организации на уровне местного сообщества. Эта тенденция, наряду с пониманием того, каким образом местный контекст определяет физическую активность граждан, естественным образом легла в основу потенциала местных руководителей в отношении деятельности в рамках реализации программы. Опираясь на опыт предыдущих лет, было начато обсуждение новой версии программы под названием «Физическая активность по рецепту врача 2.0» в качестве совместной инициативы между ассоциациями спорта и физической активности и другими местными органами здравоохранения и социального обеспечения. Основным нововведением является увеличение объема работы по укреплению социальной сплоченности и наращиванию социального капитала в расчете на то, что это приведет к более устойчивому росту физической активности.

## **Коллективная ответственность и доверие**

В опыте стран фактор коллективной ответственности и доверия между партнерами неизменно считается неотъемлемой основой совместных проектов. Одним из традиционных путей развития чувства сопричастности является коллективная постановка целей. Например, каждый семейный центр в Швеции разрабатывает свой собственный ежегодный план действий, используя самоанализ в качестве инструмента мониторинга прогресса в достижении конкретных целей центра. В этом контексте коллективное целеполагание оказалось отличным способом продвижения общей приверженности сотрудничеству. В Амстердаме городская служба здравоохранения привлекла организацию поставщиков первичной медико-санитарной помощи к содействию в определении конкретных потребностей населения и получила поддержку с их стороны.

Для программ, ориентированных на результаты в отношении здоровья и способы оказания помощи (например, повышение статистики вакцинации и привлечение граждан к участию в программах поведенческого консультирования), также важна работа с врачами общей практики и другими специалистами первичного звена здравоохранения. Так, Служба общественного здравоохранения Амстердама инвестировала средства в организацию встреч с врачами общей практики для обсуждения оказываемых ими услуг по консультированию в сфере поведения и психического здоровья уязвимых групп населения. На этих встречах были даны ответы на вопросы и объяснения преимуществ, которые предлагаются пациентам в рамках программ (а также позитивных последствий, на которые можно рассчитывать в отношении рабочей нагрузки врачей общей практики). В Дании по результатам оценки организованной подобным образом программы физической активности по рецепту врача также была выявлена необходимость повышения осведомленности среди врачей общей практики в качестве основного шага к расширению участия (20). Действительно, ясность в отношении компонентов программы, а также ролей и обязанностей каждого участника является базовым ориентиром эффективности действий.

Независимо от того, хотят ли администраторы программы привлекать партнеров к планированию или просто обеспечивают их участие, успех или провал могут определяться качеством коммуникации. Порой успешное общение зависит от отдельных участников, а смена конкретных лиц, находящихся у власти, может изменить взгляды участвующих сторон настолько, чтобы обеспечить ориентацию вектора диалога в направлении общих целей. В Австрии врачи, только что влившиеся в кадровый состав, как правило, демонстрируют более высокую восприимчивость к новым совместным методам, что означает, что смена поколений может оказаться полезной для культуры кадрового ресурса. Учитывая важность отдельных людей в сотрудничестве на местах, в семейных центрах Швеции подбору персонала уделяют пристальное внимание, а умение работать в команде и навыки межличностного общения входят в число критериев, учитываемых при отборе новых сотрудников.

Хотя некоторым специалистам поддержание межличностных отношений может даваться проще, чем другим, навыки общения вряд ли являются врожденными; их можно развивать и формировать с помощью различных механизмов, как формальных, так и неформальных. Потенциал, заключенный в географической близости (например, характерный для семейных центров Швеции или подразделений первичной медико-санитарной помощи в Австрии), может подтолкнуть специалистов к развитию личных отношений с коллегами, упрощению формального направления пациентов и сокращению зависимости от бюрократических процессов. Регулярные совместные образовательные мероприятия, такие как семинары и конференции, могут быть ресурсными в деле укрепления профессиональных сетей и преодоления разрыва между системными взглядами. Четкая организационная структура и основные правила для участников также помогают предотвратить борьбу за власть, а также найти подходящего человека, способного развеять сомнения специалистов или решить конкретные проблемы. Наконец, необходимо с самого начала рассмотреть формальные возможности экспериментального внедрения и оценки текущих программ, получения отзывов от партнеров, что позволяет оперативно применять методы корректирующего управления.

## Мобилизация общественных активов и ресурсов

Непосредственным следствием вышесказанного в отношении роли отдельных специалистов в обеспечении эффективной коммуникации является важность выявления конкретных, мотивированных специалистов и других общественных активов (учреждений, ассоциаций и т. д.), что позволяет сделать первые шаги в реализации новых программ. В Австрии и Нидерландах самые первые этапы совместных инициатив осуществлялись благодаря деятельности мотивированных специалистов и организаций, которые создавали импульс перемен. В состав подразделений первичной медико-санитарной помощи в Австрии входят исключительно специалисты здравоохранения, которые хотят (но вовсе не обязаны) принимать участие в программах. При этом первыми участниками экспериментов с новой моделью были регионы с устоявшимися традициями сотрудничества между страховщиками и правительствами наряду с ВОП (особенно молодыми специалистами) с выраженным стремлением к инновациям. То же самое произошло в Амстердаме с программой укрепления здоровья уязвимых групп населения, и положительный опыт, которым поделились первые участники, помог заложить основу для убеждения остальных.

В дополнение к выявлению новаторов среди кадрового состава, совместные программы способствуют определению естественных союзников, готовых к поддержке процесса. Научное сообщество, профсоюзы врачей, медицинские ассоциации, некоммерческие организации, муниципальные советы, фитнес-клубы, кулинарные клубы, медицинские центры для пожилых людей и дома престарелых, а также любые другие организации, работающие на службе общества, заинтересованы в объединении общественного здравоохранения с первичной медико-санитарной помощью. В Дании сеть «Здоровые города» стала посредником в распространении информации о программе физической активности по рецепту врача в районах (позже – муниципалитетах); в Амстердаме представители городской администрации обратились к бизнесу и районным ассоциациям, чтобы систематизировать активы сообщества. В Швеции семейные центры установили контакт с объединениями иммигрантов, органами безопасности дорожного движения и другими организациями.

## Использование формальных механизмов и структур координации

Когда обретают устойчивость переменные, связанные с людьми, и набрана критическая масса специалистов, обладающих мотивацией и возможностями реализации сотрудничества, обычно приводится в действие необходимая структурная и системная механика, обеспечивающая скоординированную деятельность. Фактически, создание таких механизмов может оказаться более простой задачей, чем мобилизация кадров для их эффективного использования. Отдавая должное их важности, следует рассматривать конкретные механизмы сотрудничества скорее как устройства, которые, координируют и направляют профессиональную деятельность, а не как стимул, приводящий ее в движение.

## Вертикальное сотрудничество: сверху вниз и обратно

В конечном итоге лица, определяющие национальную политику, несут ответственность за установление направления и надзор за предоставлением медицинских услуг населению в своем регионе. Тем не менее, примеры опыта,



приведенные в настоящем отчете, свидетельствуют о том, что с точки зрения развития сотрудничества между службами общественного здравоохранения и первичной медико-санитарной помощи национальные органы зачастую наиболее эффективны, работая на втором плане, в то время как местные участники процесса определяют приоритеты, цели и средства реализации программы, т.е. применяется подход инициативы снизу. При этом данные программы в основном зародились в контексте систем здравоохранения, способствующем их развитию и трансформации из небольших местных инициатив в программы национального масштаба, поэтому опыт такого «масштабирования» заслуживает внимания.

### **Во многих исследованных случаях национальные органы здравоохранения:**

- определили общие, национальные цели, и создали благоприятные условия для местных инициатив;
- вобрали информацию и опыт, полученные от муниципальных и региональных участников; а также
- учредили вспомогательные механизмы, направленные на поддержку других территорий, наращивающих этот потенциал в своих собственных условиях.

### **Поддержка сверху для инициатив снизу**

Возможно, одной из наиболее важных мер, которые лица, определяющие политику, могут осуществить для развития сотрудничества, является создание цепочек подотчетности, которые стимулируют координацию на высоком уровне. Этого можно добиться с помощью двух основных механизмов: путем разработки национальных или региональных стратегических целей, связанных с координацией общественного здравоохранения и первичного звена медико-санитарной помощи, и обеспечения финансирования работы специалистов учреждениями, отвечающими за реализацию этих планов.

Включение конкретных целей общественного здравоохранения и первичной медико-санитарной помощи в региональные и национальные планы здравоохранения или услуг общественного здравоохранения в комплексы услуг, предлагаемые страховыми компаниями, по сути, приводит в движение механизмы, позволяющие сделать общественное здравоохранение приоритетной сферой на национальном, региональном и местном уровнях. Местные инициативы, представленные в этом отчете, неизменно возникали в благоприятном контексте национальной системы здравоохранения. В Австрии, Дании и Нидерландах все активнее уделяется приоритетное внимание первичному звену медико-санитарной помощи как пути сокращения зависимости от дорогостоящих специализированных услуг. В то же время Италия и Швеция следуют интегрированной модели (известной в Швеции как односистемный подход), в которой медицинская помощь и общественное здравоохранение воспринимаются как две стороны одной медали. Кроме того, во всех рассмотренных странах применяются национальные стратегии, связанные с конкретными целями общественного здравоохранения, будь то повышение охвата вакцинацией, снижение показателей госпитализации или повторной госпитализации, снижение статистики ожирения среди детей или обеспечение равного доступа к медицинской помощи. Очевидно, что для реализации плана действий недостаточно иметь программные документы (с дополнительными

вспомогательными механизмами или без них), однако опыт стран позволяет предположить, что они необходимы.

Второй момент связан с тем фактом, что на практике медицинские работники чувствуют себя в наибольшей степени подотчетными органу, который оплачивает их труд, поэтому после определения национальных целей следует перейти к этапу согласования цепочек финансирования и установления структурных стимулов. Это может быть осуществлено на национальном, региональном и местном уровнях. В Нидерландах муниципалитеты берут на себя покрытие расходов медицинского страхования групп населения, получающих социальные льготы через Департамент социального обеспечения. В таких городах, как Амстердам, этот финансовый рычаг используется для влияния на частные страховые компании, которые рассматривают лишь те предложения, которые включают социальные услуги и услуги по укреплению здоровья как элементы их комплекса услуг. Аналогичным образом, программа общественного здравоохранения по консультированию, которая впервые была применена на практике в Амстердаме, а затем и в других частях страны, являлась предметом национальных переговоров со страховыми компаниями, и, начиная с 2019 г., финансирование этой программы будет официально осуществляться этими органами, что потребует от страховщиков надлежащего использования их средств. Австрия являет собой опыт еще одной страны с моделью социального медицинского страхования, и здесь правительство также сотрудничает со страховщиками и врачами общей практики в целях стимулирования создания подразделений первичной медико-санитарной помощи, принимая на себя около 25% расходов на первичную медицинскую помощь в качестве инвестиций, направленных на сокращение будущих расходов на госпитализацию.

С другой стороны, программа иммунизации в Италии потребовала прямого политического взаимодействия между Министерством здравоохранения и Министерством образования (под руководством центрального правительства), которое позволило обеспечить участие школ. В некоторых итальянских регионах также удалось прийти к договоренности с профсоюзами врачей и медицинскими ассоциациями о конкретных мероприятиях в зависимости от результатов, которые включали финансовые стимулы, связанные с показателями охвата иммунизацией, в базовые схемы подушевого финансирования, определяющие материальное вознаграждение врачей.

## **Использование опыта на местах**

Изначально местные программы могут реализовываться не через типичные административные структуры и обсуждения бюджета, проводимые в более широком контексте системы здравоохранения, однако как только они оформляются, финансирование и управление обычно интегрируются в существующие каналы координации, такие как координационные комитеты, советы и конференции по вопросам здравоохранения, национальные и региональные планы здравоохранения, а также политические форумы. В этих условиях у местных новаторов появляется возможность содействовать формированию региональной и национальной политики. Например, в Нидерландах польдерной экономической модели приписываются такие преимущества, как объединение муниципалитетов, которые совместно работают над определением основных характеристик национальной программы, прежде чем адаптировать мероприятия в рамках

планов общественного здравоохранения на уровне округов. В Дании переговоры по вопросам здравоохранения представляют собой важную дискуссионную площадку, объединяющую муниципалитеты, регионы и центральное правительство. В этой стране также функционируют местные координационные комитеты, в которые входят представители отдельных муниципалитетов, первичного звена медико-санитарной помощи, областной больницы и областной администрации. Эти стороны используют такие инструменты, как стандартизированные программы лечения заболеваний, которые позволяют отслеживать индивидуальные траектории граждан и пациентов по мере их перемещения по различным сферам системы здравоохранения в целях обеспечения координации между муниципальными службами общественного здравоохранения, первичной медико-санитарной помощью, а также вторичной и третичной медицинской помощью, которые находятся в ведении различных органов. В Италии главным механизмом достижения координации между уровнями правительства является конференц-система, состоящая из трех координационных органов:

- конференция между государством, регионами и автономными провинциями является постоянным связующим звеном, в рамках которого центральные и региональные правительства проводят обсуждения и переговоры, а также заключают соглашения по вопросам государственной политики, и где их сферы полномочий частично совпадают;
- конференция между государством, муниципалитетами и другими местными органами власти, в функции которого входит координация отношений между центральным правительством и местными органами власти, а также анализ и работа в качестве форума по обсуждению вопросов, представляющих интерес для местных органов власти;
- объединенная конференция между государством, регионами, муниципалитетами и местными органами власти, институциональный механизм, который координирует отношения между центральным правительством, регионами и местными властями.

Кроме того, одним из наиболее важных механизмов, с помощью которых регионы и центральные органы власти взаимодействуют друг с другом, являются дискуссии, которые ведут к ратификации трехлетних соглашений в сфере здравоохранения в отношении медицинской помощи. Наконец, в Швеции функционируют стратегические группы, работа которых направлена на конкретные аспекты (например, в округе Йенчепинг – это дети и молодежь, психиатрия и злоупотребление наркотиками, а также пожилые люди); группы служат центром по координации действий на муниципальном и региональном уровнях.

### **Предоставление поддержки наращиванию потенциала в других условиях**

Аргументом против предоставления пространства, необходимого для развития инициатив на низовом уровне, являются возможные неравенства, которые могут возникнуть между регионами и/или муниципалитетами. Поэтому можно говорить об определенной напряженности, связанной с необходимостью стимулирования экспериментов среди местных органов и стремлением обеспечить гармонизацию между вышестоящими и нижестоящими структурами, а также гарантировать минимальные стандарты качества со стороны национальных руководителей. Один



из потенциальных способов смягчения этих трендов – разработка органами здравоохранения механизмов поддержки для наращивания потенциала по всей стране. Обучение и профессиональная подготовка, рассмотренные выше (см. «обучение и профессиональная подготовка сотрудников»), являются одним из методов; стандарты, рекомендации и нормативные модели представляют другую группу механизмов. Например, в Швеции Национальный совет по здравоохранению и социальному обеспечению опубликовал стандарты в отношении широкого спектра услуг, как специфических (например, вакцинации), так и общего плана (например, способов поддержки общественного здравоохранения со стороны первичного звена медико-санитарной помощи). Кроме того, ответственность за поддержку муниципалитетов в работе местного здравоохранения несет департамент общественного здравоохранения. В Италии под эгидой Национального института здоровья был открыт Национальный центр клинического совершенства, качества и безопасности здравоохранения, в рамках деятельности которого публикуются рекомендации и стандарты (в сотрудничестве с национальными медицинскими научными обществами); кроме того, Национальный институт здоровья инициировал работу сертифицированной национальной веб-платформы, интегрированной со стратегией социальных сетей web 2.0 ([www.issalute.it](http://www.issalute.it)), которая позволяет медицинским работникам дискредитировать ложные новости и предоставляет сертифицированную информацию и консультации по вопросам здорового образа жизни для широкого круга общественности.

### **Горизонтальное сотрудничество: связь коллег и партнеров**

Также существует потребность в механизмах сотрудничества, которые могут обеспечить связь местных и региональных партнеров друг с другом и с параллельными заинтересованными сторонами, такими как НПО и другие государственные и частные секторы. Участие в этих структурах может определяться институциональными компетенциями или конкретной целью. Например, Шведская ассоциация местных органов власти и регионов имеет десятки профессиональных сетей для работодателей и органов местного самоуправления, в состав которых входят, например, директора организаций общественного здоровья, руководители служб медицинской помощи и специалисты по охране здоровья детей. В Италии в программу иммунизации также вовлечены местные профессиональные объединения врачей общественного здравоохранения, врачей общей практики и педиатров первичного звена, которые следят за принятием самой идеи вакцинации в сообществе, выявляют социальные группы населения, уязвимые по отношению к призывам о сопротивлении вакцинации, и проводят с ними работу посредством социальных сетей (например, мониторинг и оценка явлений из категории «мир тесен» или по правилу шести рукопожатий). В Дании и Нидерландах работа горизонтальных структур обычно сосредоточена в сфере конкретных аспектов или заболеваний. По сообщениям около 44% муниципалитетов Дании, для проведения мероприятий, рекомендованных различными пакетами мер по профилактике болезней, задействуются официальные межотраслевые комитеты (20), в то время как в Амстердаме в деятельность местных комитетов включены все стороны, работающие над определенной проблемой (например, бездомность), в том числе НПО, социальные и медицинские службы и муниципальные органы здравоохранения.

В Австрии сотрудничество между подразделениями первичной медико-санитарной помощи рассматривается как естественный следующий шаг

расширения программы, хотя на сегодняшний день в этом направлении не было предпринято практически никаких действий. Тем не менее, некоторые подразделения смогли внедрить эффективные механизмы горизонтального сотрудничества между секторами здравоохранения и социального обеспечения, так как в кадровом составе большинства медицинских подразделений есть социальный работник, который отвечает за координацию деятельности с другими социальными службами в целях обеспечения гармоничного взаимодействия этих двух направлений. Аналогичным образом, в каждом отделении первичной медико-санитарной помощи есть координатор, в обязанности которого входит поддержание слаженности действий на центральном уровне. Интересно отметить, что шведские семейные центры, принцип организации которых схож с принципом организации подразделений первичной медико-санитарной помощи Австрии, обычно не приглашают на работу дополнительного сотрудника, скорее, эти обязанности берет на себя один из уже имеющихся в штате работников.

Независимо от того, кто отвечает за руководство или осуществление совместных действий, информационные системы могут выступать в качестве посредников, хотя важность выполняемой ими роли зависит от точных целей и масштаба совместной деятельности, а также от других существующих структур и механизмов. Например, в семейных центрах Швеции используются отдельные системы документации для обеспечения работы социальных и медицинских служб, что означает, что у специалистов нет возможности ни получить доступ к данным, введенным в другой системе, ни предоставить информацию коллегам в других областях. Тем не менее, это препятствие считается незначительным в конкретном контексте программы, поскольку специалисты ежедневно общаются друг с другом и имеют достаточно возможностей для проведения неформальных консультаций. Однако в отсутствие близкого расположения офисов роль информационных систем становится более существенной. В других местах информационные системы, созданные или измененные при запуске совместных проектов, рассматриваются как жизненно важное звено в обеспечении связи между партнерами. В Дании, например, используется сайт [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk) – интернет-портал общей медицинской информации, где люди, учреждения первичной медицинской помощи, больницы и учреждения общественного здравоохранения могут почерпнуть необходимую информацию, а муниципалитеты могут также разместить свои предложения о практических мерах воздействия.

Кроме того, в Дании с помощью системы информационных технологий MedCom обеспечивается канал связи для врачей общей практики, позволяющий обеспечивать для пациентов электронные направления, напрямую адресующие их в соответствующий муниципальный департамент по вопросам укрепления здоровья и с целью проведения мероприятий, ориентированных на профилактику заболеваний (21); таким образом, эта информационная система фактически используется для формирования цепочек по оказанию услуг, что является еще одним важным механизмом горизонтального сотрудничества. Действительно, эти типы сервисных протоколов могут способствовать устойчивости совместных инициатив путем внедрения элемента координации в ежедневную практику специалистов. Органы общественного здравоохранения имеют достаточный опыт в разработке протоколов отчетности и «маршрутизации» для пациентов, которые обращаются к своему семейному врачу по поводу инфекционных заболеваний; как правило, в странах Европы это один из наиболее четко разработанных аспектов координации между службами общественного здравоохранения и первичной медико-санитарной помощи. Таким образом, можно говорить о реальности

применения на практике этих стратегий по борьбе с хроническими заболеваниями.

Наконец, в ряде систем были созданы специальные каналы связи, которые позволяют информировать партнеров о ходе работы, совместно решать проблемы и разрабатывать стратегии продвижения вперед. В качестве одного из примеров можно привести созываемые дважды в месяц совещания с участием руководителей проектов, работающих в округе Йенчепинг в рамках программы «Вместе на пути к наилучшему возможному состоянию здоровья и равенству медицинской помощи».

## МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА СОТРУДНИЧЕСТВА

Если есть намерение расширить программу – будь то в рамках условий, для которых она создавалась, или за их пределами, – неоценимым ресурсом могут стать убедительные данные, свидетельствующие о той пользе, которую приносят населению совместные программы общественного здравоохранения и первичной медико-санитарной помощи. К сожалению, итоговые показатели, как правило, неточны и ненадежны: даже при наличии мониторинга во время осуществления программ, в большинстве ситуаций проведение строгой оценки по-прежнему остается не вполне осуществимой задачей. Поэтому совместные программы в своем большинстве полагаются на показатели процесса, а они могут не отражать полной картины.

На примере двух программ, осуществляемых в Амстердаме, можно судить о трудностях, с которыми приходится сталкиваться в процессе получения свидетельств эффективности программ общественного здравоохранения в целом и совместных инициатив в частности. В рамках одной программы услуги общественного здравоохранения по консультированию уязвимых групп населения получили абсолютно положительную оценку пациентов, так как обеспечили ощутимые улучшения качества жизни (особенно в отношении психического здоровья) и привели к сокращению числа посещений врача общей практики. Вместе с тем, следует отметить, что качество жизни с трудом поддается измерению в рабочем порядке; для измерения воздействия этой программы на благополучие людей потребуются крупномасштабные, дорогостоящие исследования, при этом будет существовать риск систематической ошибки отбора, в связи с чем могут быть получены лишь данные низкого качества. Второй пример программы из Амстердама – это Программа здоровой массы тела; врачи и медицинские сестры из сферы общественного здравоохранения, работающие с подростками, тщательно отслеживают вес детей во время периодических медицинских осмотров, документально фиксируя объективные итоговые показатели на уровне населения. По результатам первых оценок программы можно судить о том, что распространенность детского ожирения на самом деле сокращается; однако согласно эпидемиологическим данным, эта тенденция появилась еще до начала осуществления программы, что придает убедительным свидетельствам эффективности программы несколько иллюзорный характер.

Учитывая эти ограничивающие факторы, на практике в рамках программ часто используются преимущества полученного из первых рук опыта работников здравоохранения для того, чтобы привлечь к участию остальных. Врачи общей практики, медицинские сестры и другие работники здравоохранения зачастую должны полагаться на то, что они видят в своей повседневной практике, чтобы оценить, насколько эффективна программа, что подчеркивает ключевую роль, которую эти специалисты могут играть в процессе принятия решений на местном уровне, предоставляя необходимую для этого информацию. Разработка надежных инструментов для систематизации наблюдений работников здравоохранения за благополучием своих пациентов может помочь ловко обойти некоторые ограничивающие факторы других методов оценки. Кроме того, необходимо и далее разрабатывать инструментарий оценки с использованием подхода сложной саморегулирующейся системы.

# ПРИНЦИПЫ ПРОГРЕССА И ДЕЙСТВИЙ

Не существует единого решения вопроса касательно развития сотрудничества, будь то между общественным здравоохранением и первичной медико-санитарной помощью или между какими-либо другими органами, работа которых вносит вклад в функционирование системы здравоохранения. Тем не менее, этот анализ позволил пролить свет на определенные непереносимые условия, которые необходимы для успеха инициативы, вместе с переменными в рамках каждого из этих условий, поддающимися воздействию вмешательств, будь то на этапе планирования программы либо на этапе планирования более широких реформ, предназначенных для укрепления региональных и национальных систем. Имеющийся у нас опыт позволяет предположить, что подходы, базирующиеся на укоренившихся в надлежащей практике менеджмента методах, необходимо сочетать с оперативным и гибким руководством на общегосударственном уровне с тем, чтобы в полной мере воспользоваться возможностями, которые предоставляет сотрудничество между общественным здравоохранением и первичным звеном в отношении создания более результативных и рентабельных систем здравоохранения.

Также не существует единственно возможного проектного решения, применимого в любой ситуации или в любом контексте, однако рекомендации, представленные в настоящем докладе, могут стать основой для потенциального арсенала идей для лиц, определяющих политику, административных менеджеров и руководителей программ, которые намерены предпринимать активные действия в своей сфере. В соответствии с выводами, сделанными в докладе, и наблюдениями в ходе изучения различных условий в Европейском регионе, мы подготовили 10 рекомендаций, структурированных по трем направлениям деятельности; данные рекомендации неразрывно связаны с мотивированием и расширением прав и возможностей медицинских специалистов, а также предоставлением им необходимых знаний и инструментов, необходимых для взаимодействия с коллегами в условиях всей системы здравоохранения.

Первым непереносимым условием успешного сотрудничества является наличие мотивированных кадров. На этапе разработки программы можно рекомендовать следующие действия.

1. Поиски путей повышения степени удовлетворенности персонала и внедрение этих улучшений в деятельность в рамках программы и в цели программы. Система финансовых стимулов является одним из возможных решений, но также эффективным средством обеспечения поддержки для осуществления программы могут стать ее компоненты, обеспечивающие гибкость рабочего графика, позволяющие ограничить административные требования, открыть доступ к возможностям карьерного роста и сократить объем профессиональной нагрузки (как в краткосрочной, так и долгосрочной перспективе). Представленные в данном докладе примеры говорят о том, что подобная деятельность часто может быть неотъемлемым компонентом

2. Определение целей программы и эффективное информирование о них всех вовлеченных сторон. Участникам программы необходимо понимать важность целей программы и своей роли в их реализации. Представление примеров, свидетельствующих о пользе мер вмешательства, а также изучение передового опыта коллег может способствовать повышению энтузиазма и интереса к участию в программе при том условии, что эта польза не противоречит профессиональным задачам специалистов. Проведение публичных дебатов в СМИ, чтобы выявить альтернативы господствующей точке зрения относительно предоставления медицинских услуг, также может вызвать прилив интереса к внедрению программы, что помогло бы в преодолении административной инерции.

3. Формирование профессионального потенциала, необходимого для реализации программы. Качественная профессиональная подготовка позволяет обеспечить достижение сразу нескольких целей: с одной стороны, повышает эффективность осуществления программы, с другой – содействует укреплению доверия и товарищества среди коллег по работе, позволяет сотрудникам ощутить значимость своего профессионального развития для организации и стимулирует сотрудников к применению новых профессиональных знаний и навыков. Помимо конкретных видов профессиональной компетентности, имеющих отношение к программе, общие навыки в области коммуникации и навыки коллективной работы в команде, а также в использовании информационных систем и знаний, касающихся различных каналов доступа к другим государственным услугам, являются теми потенциальными сферами, которые могут способствовать укреплению потенциала в практике совместной работы.

Вторым неперенным условием является позитивная организационная культура, в которой каждый специалист чувствует возможность и способность возглавить инициативы, а также быть открытым к сотрудничеству. Деятельность в этой области может осуществляться на различных уровнях – как работниками национальных директивных органов, так и местными управленческими и административными кадрами.

4. Создание гибкой правовой и структурной основы программы на макро- и мезоуровнях. Для успеха программы необходимы четкое формулирование программных целей, функций, уровней ответственности и ясность механизмов финансирования, но следует также активно поддерживать и содействовать адаптацию к местным условиям таких аспектов, как конкретные целевые ориентиры, графики реализации и структура программы.

5. Формирование доверия между организациями и внутри организаций. Выездные семинары для руководящего состава, технические совещания, межсекторальные комитеты, профессиональные сети и конференции, наставничество, общее рабочее пространство и социализация, а также любые другие возможности для налаживания личных контактов между лидерами программы, партнерами и специалистами способствует формированию культуры, для которой представляет ценность вклад каждого члена.



Подобные контакты также позволяют достичь более широкого распространения новаторских подходов и взаимного коллегиального обучения.

6. Продвижение практики сотрудничества как ценной профессиональной компетенции. Менеджеры могут расширить права и возможности тех специалистов, которые демонстрируют желание работать с различными организациями, проводить официальную оценку навыков коммуникации будущих сотрудников в процессе их найма и во время процедур оценки, отразить аспект умения работать в команде в действующих учебных курсах, вести работу по выявлению в различных организациях тех, кто выделяется способностью эффективно сотрудничать и установления между ними контактов. В перспективе, организациям следует стремиться – посредством использования формальных и неформальных средств – к выявлению и продвижению специалистов, обладающих природным талантом к эффективной совместной работе, а также к созданию условий для развития подобных навыков у остальных сотрудников.

Наконец, третья предпосылка успешного взаимодействия между сферами общественного здравоохранения и первичной медико-санитарной помощи – это наличие так называемых «пористых» механизмов, позволяющих совместно принимать решения и способствующих обмену идеями и информацией. Масштабные политические цели, рождающиеся в результате консенсуса, найденного в процессе дискуссий, необходимо поддерживать на национальном уровне, однако необходимо также, чтобы они отражали потребности и интересы на местном уровне; для этого можно использовать уже существующие или специально созданные структуры.

7. Разработка целей национальной политики в процессе органичной коллективной работы. Местные руководители и менеджеры имеют наиболее глубокое понимание потребностей населения, но лишь тогда, когда их вклад рассматривается в своей совокупности, проявляются и более общие тенденции, имеющие общенациональное значение. Проанализировав интересы как первичной медико-санитарной помощи, так и общественного здравоохранения, политики национального уровня будут способны сформулировать основные принципы взаимодействия этих двух сфер в официальном правительственном документе, законодательном и/или директивном, который заложит тот «фундамент», на который местные участники могут опираться в своей дальнейшей работе.

8. Согласование структурных стимулов и целей программы. Лица, принимающие решения, финансирующие органы и разработчики программ могут рассмотреть меры рыночного характера, а также основанные на результатах деятельности либо на правовой базе, в качестве стимулов, способствующих привлечению поставщиков услуг к совместной деятельности. В тех странах, где используется модель социального медицинского страхования, может оказаться эффективным создание рыночных условий, позволяющих страховым компаниям конкурировать за предоставление комплексных услуг, в то время как для систем, основанных на налогообложении, было бы предпочтительнее

использовать механизмы подотчетности посредством организационных преобразований.

9. Выстраивание организационных связей через информационные технологии для систем здравоохранения. Информация и технологии могут играть важную роль в содействии сотрудничеству, особенно в том случае, если медицинские службы находятся на некотором отдалении друг от друга. Система автоматических подсказок, которая помогает работникам первичной медико-санитарной помощи и общественного здравоохранения направить пациентов в нужные учреждения для предоставления необходимых им услуг; базы данных, предоставляющие доступ к электронным медицинским картам (и записям социальных услуг) и внесению в них новых данных как службам общественного здравоохранения, так и первичной медико-санитарной помощи, а также специальная технология, способствующая установлению связи между различными специалистами, оказывающими услуги одной и той же группе пациентов, - все представленные примеры демонстрируют, каким образом информационные технологии могут способствовать организации непрерывного, слаженного процесса сотрудничества.

10. Разработка инновационных схем мониторинга и оценки. Грамотные руководители, отвечающие за формирование политики, всегда стремятся к поддержке программ, основанных на фактических данных, однако не все мероприятия в области общественного здравоохранения поддаются оценке традиционными методами. В рамках сотрудничества с университетами и научно-исследовательскими институтами правительствам следует инвестировать средства в исследования в сфере медицинского обслуживания, с акцентом на общественное здравоохранение и совместную работу служб общественного здравоохранения и первичной медико-санитарной помощи. Такого рода поддержка, естественно, ускорит совершенствование систем обучения и оценки, что в свою очередь позволит добиться получения более надежных фактических данных для направления развития.



## ВЫВОДЫ

Современное общественное здравоохранение и медицинское обслуживание имеют различные исторические корни в Европейском регионе: истоки понятия общественного здравоохранения восходят к так называемому «Санитарному движению» в начале XIX века, когда основное внимание было уделено таким общественным благам как утилизация отходов и улучшение санитарных условий, в то время как обеспечение всеобщего доступа к медицинской помощи (в первую очередь к первичной медико-санитарной помощи) стало приоритетной политической задачей в большинстве стран Европы лишь по прошествии столетия. В дальнейшем оба эти сектора получили колоссальное развитие, и их ранее обособленные миссии сегодня имеют явные точки соприкосновения, особенно в части борьбы с хроническими и неинфекционными заболеваниями, а также утверждения социальной справедливости в вопросах охраны здоровья. Хотя организационные механизмы, необходимые для комплексного предоставления помощи, могут все еще находиться на стадии разработки, и демографические, и экономические тенденции свидетельствуют о том, что эти сферы будут приобретать все большее и большее значение в ближайшие годы, и в этих условиях сотрудничество станет необходимостью как с практической, так и с политической точки зрения.

Для лиц, определяющих политику, которые стремятся к повышению эффективности и рентабельности системы здравоохранения в своих странах, содействие сотрудничеству между сложными, масштабными и, на первый взгляд, закрытыми системами может показаться трудновыполнимой задачей. Тем не менее, опыт пяти Европейских стран, представленный в настоящем докладе, являет собой пример возможного разумного начального этапа действий; приводятся условия, применимые в различных ситуациях, а также гибкие рекомендации, которые могут быть адаптированы к широкому диапазону программ в области общественного здравоохранения и первичной медико-санитарной помощи. Поскольку эффективное сотрудничество в первую очередь зависит от самих людей, данные рекомендации основаны на принципах расширения прав и возможностей, мотивации и поощрения сотрудничества медицинских специалистов. Лицам, формирующим политику на национальном уровне, следует способствовать развитию инновационной деятельности в сфере предоставления услуг, обеспечивая необходимую поддержку инициативам снизу, формируя вспомогательные механизмы и соответствующие меры политики на макроуровне.

# ЛИТЕРАТУРА

1. Здоровье-2020: основы европейской политики и стратегии для XXI века. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 г. ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/215432/Health2020-Long-Rus.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/215432/Health2020-Long-Rus.pdf?ua=1), по состоянию на 6 ноября 2018 г.).
2. Western Pacific regional strategy for health systems based on the values of primary health care. Manila: WHO Regional Office for the Western Pacific; 2010 ([http://www.wpro.who.int/topics/health\\_systems/wpro\\_strategy\\_health\\_systems\\_primary\\_health\\_care.pdf](http://www.wpro.who.int/topics/health_systems/wpro_strategy_health_systems_primary_health_care.pdf), по состоянию на 6 ноября 2018 г.).
3. Shankardass K, Renahy E, Muntaner C, O'Campo P. Strengthening the implementation of health in all policies: a methodology for realist explanatory case studies. *Health Policy Plan.* 2015;30:462–73.
4. Healthcare in Denmark. An overview. Copenhagen: Ministry of Health, Denmark; 2016 ([https://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/~~/media/Filer%20-%20Publikationer\\_i\\_pdf/2016/Healthcare-in-dk-16-dec/Healthcare-english-V16-dec.ashx](https://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/~~/media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2016/Healthcare-in-dk-16-dec/Healthcare-english-V16-dec.ashx) по состоянию на 6 ноября 2018 г.).
5. Maarse H, Jansen M, Jambroes M, Ruwaard D. The Netherlands. In: Rechel B, Maresso A, Sagan A, Hernández-Quevedo C, Williams G, Richardson E et al., editors. Organization and financing of public health services in Europe: country reports. Copenhagen: World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2018:81–94 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/organization-and-financing-of-public-health-services-in-europe-country-reports-2018>, по состоянию на 6 ноября 2018 г.).
6. Burström B, Sagan A. Sweden. In: Rechel B, Maresso A, Sagan A, Hernández-Quevedo C, Williams G, Richardson E et al., editors. Organization and financing of public health services in Europe: country reports. Copenhagen: World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2018:123–33 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/organization-and-financing-of-public-health-services-in-europe-country-reports-2018>,
7. New concept for primary care. Vienna: Federal Ministry of Labour, Social Affairs, Health and Consumer Protection; Federal Chancellery: Federal Minister for Women, Families and Youth (Austria). ([http://www.bmgf.gv.at/home/EN/Health/Health\\_care\\_system/New\\_concept\\_for\\_primary\\_care](http://www.bmgf.gv.at/home/EN/Health/Health_care_system/New_concept_for_primary_care), по состоянию на 6 ноября 2018 г.).
8. Sørensen J, Sørensen JB, Skovgaard T, Bredahl T, Puggaard L. Exercise on prescription: changes in physical activity and health-related quality of life in five Danish programmes. *Eur J Public Health.* 2011;21:56–62.
9. The Danish Healthy Cities Network strategy 2017–2020. Copenhagen: Danish Healthy Cities Network; 2017 (<http://sund-by-net.dk/wp-content/uploads/2015/10/SBN-Strategi-2017-2020.engelsk.pdf>, по состоянию на 6 ноября 2018 г.).
10. Amsterdam Healthy Weight Programme. Amsterdam: City of Amsterdam; 2018 (<https://www.amsterdam.nl/bestuur-organisatie/organisatie/sociaal/onderwijs-jeugd-zorg/zo-blijven-wij/amsterdam-healthy>, по состоянию на 6 ноября 2018 г.).
11. Skjoldan L-L, Møbjerg Toft ON. Løkke varslar største sundhedsreform i ti år [Prime Minister Lars Løkke Rasmussen warns about the most important health-care reform in

- 10 years]. Copenhagen: Altinget; 2018 (<https://www.altinget.dk/sundhed/artikel/loekke-varslers-toerste-sundhedsreform-i-ti-aar>, по состоянию на 6 ноября 2018 г.).
12. Sundhed, hvor du er [Health where you are]. Copenhagen: Ministry of Health, Denmark; 2017 ([https://www.sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer\\_i\\_pdf/2017/Sundhed-hvor-du-er-dec-2017/Sundhed-hvor-du-er-08012018.pdf](https://www.sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2017/Sundhed-hvor-du-er-dec-2017/Sundhed-hvor-du-er-08012018.pdf), по состоянию на 6 ноября 2018 г.).
  13. McQueen DV, Wismar M, Lin V, Jones CM, Davies M, editors. Intersectoral governance for health in all policies. Copenhagen: World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2012 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/intersectoral-governance-for-health-in-all-policies.-structures,-actions-and-experiences-2012>, по состоянию на 6 ноября 2018 г.).
  14. Martin-Misener R, Valaitis R, Strengthening Public Health Care Through Primary Care and Public Health Collaboration Research Team. A scoping literature review of collaboration between primary care and public health: a report to the Canadian Health Services Research Foundation. Hamilton (ON): StrengthenPHC; 2009.
  15. Committee on Integrating Primary Care and Public Health, Board on Population Health and Public Health Practice. Primary care and public health: exploring integration to improve population health. Washington (DC): National Academies Press; 2012.
  16. Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, recante disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale [Enactment into law, with amendments, of Decree 73 of 7 June 2017 containing urgent provisions on preventive vaccination; Law No. 119 of 31 July 2017] (<http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=60201>, по состоянию на 6 ноября 2018 г.).
  17. Paterlini M. Italy suspends mandatory vaccination of nursery children after Senate vote. *BMJ*. 2018;362:k3506.
  18. Poscia A, Frisicale EM, Parente P, La Milia DI, Mascia D, Iacopino V et al. Students' social networks and vaccination: the school-based project "VacciniAmo Le Scuole". *Eur J Public Health*. 2016;26(Suppl. 1):ckw175.113.
  19. Poscia A, Ferro S, Tribuzi L, Spadea A. [Audit as a tool to improve the efficiency of the immunization services: the experience of a local health authority in Rome.] *Ig Sanita Pubbl*. 2017;73:507–21.
  20. Gjelstrup Bredahl TV, Gårn A, Kristensen T, Puggaard L, Skovgaard T, Sørensen J et al. Resultatopsamling af motion på recept i Danmark [Summary of results of physical activity by prescription in Denmark]. Copenhagen: Danish Health Authority; 2010 (<http://www.sst.dk/~media/3DE17317E7B64743BC0023F7C-CAD7BAB.ashx>, по состоянию на 6 ноября 2018 г.).
  21. Nielsen Sølvhøj I, Øst Cloos C, Schneekloth Jarlstrup N, Holmberg T. Monitorering af kommunernes forebyggelsesindsats 2017: arbejdet med Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker siden 2013 og anbefalinger til borgere med kronisk sygdom [Monitoring of the initiatives of Denmark's municipalities in health promotion and disease prevention in 2017: work with the health promotion packages of the Danish Health Authority since 2013 and recommendations for people with chronic diseases]. Copenhagen: Centre for Intervention Research in Health Promotion

and Disease Prevention, National Institute of Public Health; 2017.

22. Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health. Vaccination programmes and health systems in Europe. Brussels: European Commission; 2018 ([https://ec.europa.eu/health/expert\\_panel/sites/expertpanel/files/020\\_vaccinationpgms\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/020_vaccinationpgms_en.pdf), по состоянию на 6 ноября 2018 г.).

## ПРИЛОЖЕНИЕ 1.

### Обеспечение сотрудничества между службами первичной медико-санитарной помощи и общественного здравоохранения: протокол интервью

Интервью: исходная информация

1. Пожалуйста, опишите Ваши профессиональные функции и обязанности с точки зрения служб общественного здравоохранения и первичной медико-санитарной помощи.

Исходные данные: организационная структура служб медицинской помощи и общественного здравоохранения

2. Можете ли Вы кратко охарактеризовать то, каким образом в стране, которую Вы представляете, традиционно происходило распределение услуг первичной медико-санитарной помощи и общественного здравоохранения между различными поставщиками услуг? Примеры услуг приведены ниже.

- Вакцинация
- Консультирование по поведенческим вопросам (питание, физическая активность и т.д.)
- Иные области взаимодействия сфер общественного здравоохранения и медицинской помощи

3. Насколько значимыми являются следующие аспекты с точки зрения продвижения идеи о необходимости сотрудничества между службами общественного здравоохранения и первичной медико-санитарной помощи?

- Эффективность и расходы
- Политические мотивы
- “Баланс сил” между сферами сектора здравоохранения
- Улучшение качества
- Иные факторы, оказывающие давление?
- Принципы сотрудничества
- Формирование единого видения

4. Приведите один пример успешного сотрудничества в вашей стране, в связи с этим дайте общую характеристику того, каким образом были организованы и спланированы совместные мероприятия?

4а. Пожалуйста, опишите, чего каждая из главных заинтересованных сторон изначально хотела добиться путем совместных мероприятий. Произошли ли изменения в организационных задачах в ходе планирования и реализации; если да, то по какой причине?

4б. Какой вклад в отношении постановки целей в интересах совместной деятельности был внесен со стороны различных заинтересованных сторон? Каким образом это повлияло на принятие инициативы?

4с. Какие функции и обязанности были возложены на различные заинтересованные стороны? До какой степени прослеживалась их зависимость

друг от друга?

4d. Каким образом удалось мобилизовать местные ресурсы (людей, организации и системы) для работы по достижению целей программы?

4e. Насколько важную роль играли личные и профессиональные взаимоотношения в процессе осуществления совместной деятельности?

Формальные механизмы и структуры (средства) координации

5. Используя тот же самый (см. выше) или другой пример, пожалуйста, опишите существующие формальные механизмы реализации совместных мероприятий. Под этим могут подразумеваться координационные комитеты, административные советы, профессиональные сети, институциональные координационные центры, общая база кадровых ресурсов, задокументированные “цепочки” услуг и т.д.

На “вертикальном” уровне (национальный □ региональный □ местный уровни)

На “горизонтальном” уровне (между различными секторами, государственно-частные партнерства и т.д.)

5a. Возникали ли коммуникационные барьеры между заинтересованными сторонами, если да, то какого рода? Какие меры были предприняты для решения этой проблемы?

5b. Как вы считаете, существующие информационные системы способствуют или препятствуют сотрудничеству? Почему?

5c. Насколько важную роль играла территориальная близость (совещания заинтересованных сторон, совместное использование офисных помещений и т.д.) в обеспечении бесперебойной организации совместных мероприятий?

Инструменты реализации координации (мотивация)

6. Какого рода барьеры препятствовали осуществлению на практике стратегии сотрудничества в прошлом (к примеру, нерациональное использование ресурсов, дефицит времени, листы ожидания и потребность в профессиональной подготовке кадров)? Были ли эти препятствующие факторы успешно преодолены?

7. В какой мере инициативы различных заинтересованных сторон и поставщиков услуг соответствовали характеру общей цели? Каким образом это повлияло на приемлемость мероприятий?

8. Интегрирована ли данная концепция сотрудничества в существующие механизмы финансирования? Какое влияние это оказало на устойчивость предоставления услуг ?

9. Если говорить о цепочках управления и обеспечении подотчетности, опишите, насколько эффективно они были задействованы в целях развития сотрудничества.

10. Могли бы Вы назвать какие-либо иные примеры “мягких” рычагов воздействия, которые способствовали развитию сотрудничества в Вашей стране (стандарты, инструктивные материалы, социальные и политические “точки давления”, сопоставление с нормативными показателями, межрегиональные сравнения и т.д.)?



Управление процессом преобразований в контексте реформирования системы медицинского обслуживания

11. Можете ли Вы привести пример успешного адаптивного лидерства или управленческого подхода в контексте сотрудничества между службами первичной медико-санитарной помощи и общественного здравоохранения? Сюда могут относиться различные стратегии в области управления, учитывающие местные возможности и потребности, меняющиеся обстоятельства и непредвиденные последствия.

12. В контексте реформирования системы медицинского обслуживания или ее реорганизации, какие стратегии оказались наиболее эффективными в отношении перераспределения функций и обязанностей персонала?

Общие темы

13. Каким образом в стране или учреждении, которое вы представляете, была преодолена напряженность между процессами расширения прав и возможностей и экспериментирования на уровне местных органов с одной стороны, и обеспечением гармонизации по принципу “сверху вниз” и минимальных стандартов качества со стороны национальных руководителей?

14. Какое значение имело сотрудничество для тех служб общественного здравоохранения, чью ценность лицам, определяющим политику, трудно оценить в количественном плане (таких как услуги по психологическому консультированию, например)?

15. Какие индикаторы процесса и итоговых результатов в стране или организации, которую Вы представляете, использовались для оценки совместных мероприятий? В ответе могут фигурировать как сами индикаторы сотрудничества (такие, как публикация совместных официальных документов (“Белые книги”), так и/или индикаторы, относящиеся к определенному виду деятельности (например, количество проведенных сеансов консультирования по поведенческим вопросам в службах первичной медико-санитарной помощи).

16. Какие задачи на данный момент остаются нерешенными в стране или организации, которую Вы представляете?



## The WHO Regional Office for Europe

The World Health Organization (WHO) is a specialized agency of the United Nations created in 1948 with the primary responsibility for international health matters and public health. The WHO Regional Office for Europe is one of six regional offices throughout the world, each with its own programme geared to the particular health conditions of the countries it serves.

### Member States

Albania  
Andorra  
Armenia  
Austria  
Azerbaijan  
Belarus  
Belgium  
Bosnia and Herzegovina  
Bulgaria  
Croatia  
Cyprus  
Czechia  
Denmark  
Estonia  
Finland  
France  
Georgia  
Germany  
Greece  
Hungary  
Iceland  
Ireland  
Israel  
Italy  
Kazakhstan  
Kyrgyzstan  
Latvia  
Lithuania  
Luxembourg  
Malta  
Monaco  
Montenegro  
Netherlands  
Norway  
Poland  
Portugal  
Republic of Moldova  
Romania  
Russian Federation  
San Marino  
Serbia  
Slovakia  
Slovenia  
Spain  
Sweden  
Switzerland  
Tajikistan  
The former Yugoslav  
Republic of Macedonia  
Turkey  
Turkmenistan  
Ukraine  
United Kingdom  
Uzbekistan

### World Health Organization Regional Office for Europe

UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark  
Tel: +45 45 33 70 00 Fax: +45 45 33 70 01  
Email: [eurocontact@who.int](mailto:eurocontact@who.int)  
Website: [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)