

ПОЛИТИКА И ПРАКТИКА

Интеграция служб здравоохранения и социального обеспечения в Финляндии: региональные и местные инициативы по координации оказания помощи

Ilmo Keskimäki^{1,2}, Timo Sinervo¹, Juha Koivisto¹

¹Национальный институт здравоохранения и социального обеспечения, Хельсинки, Финляндия

²Университет Тампере, Тампере, Финляндия

Автор, отвечающий за переписку: Ilmo Keskimäki (адрес электронной почты: ilmo.keskimaki@thl.fi)

АННОТАЦИЯ

По сравнению с другими странами, в Финляндии здравоохранение и социальная помощь уже относительно интегрированы, а местные органы власти («муниципалитеты») организуют предоставление большей части первичной медицинской и социальной помощи и вместе с другими муниципалитетами организуют предоставление специализированных услуг в больничных округах. Тем не менее службы отличаются высокой степенью децентрализации, небольшим средним размером муниципалитетов, автономным процессом принятия решений и слабым управлением со стороны центрального правительства. Стареющее финское население и сельско-городская миграция создают проблемы для структуры финской системы здравоохранения и социального обеспечения. Недавно правительство Финляндии предложило политические меры по административной и оперативной интеграции здравоохранения и социальной помощи с целью предоставления более широких полномочий для организации служб и усиления координации первичной и специализированной медицинской помощи, а также социальных

услуг. На национальном уровне результатом новой политики стали законодательные инициативы, направленные на реформирование системы обслуживания и поддержку интеграции; на местном уровне было начато муниципальное сотрудничество с целью создания новых видов организаций муниципальной помощи и объединенных региональных органов здравоохранения и социальной помощи для усиления административной интеграции и содействия внедрению инновационных форм комплексного оказания помощи. В этой статье описываются три примера этих новых инициатив в области комплексного оказания помощи. Первый пример посвящен интегрированным центрам здравоохранения и социального обеспечения, а второй – помощи детям и молодежи. Обе эти инициативы находятся в ведении объединенных региональных органов. Третья инициатива основана на модели партнерства между государственным, частным и некоммерческим секторами и посвящена городским центрам здравоохранения и социального обеспечения.

Ключевые слова: КОМПЛЕКСНОЕ ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ, ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ, СОЦИАЛЬНЫЕ СЛУЖБЫ, ФИНЛЯНДИЯ

ВВЕДЕНИЕ

По сравнению с большинством других стран, здравоохранение и социальная помощь в Финляндии уже относительно интегрированы, а местные органы власти, называемые «муниципалитетами» [kunta], организуют предоставление большей части первичной медицинской и социальной помощи и вместе с другими муниципалитетами организуют предоставление специализированных

услуг в больничных округах [sairaanhoitopiiri]¹ (1). Финская система обычно оценивается как эффективная и действенная (2). Однако на национальном уровне система часто оценивается менее положительно, и было выявлено несколько проблем с точки зрения как доступа к помощи, так и ее качества и эффективности (3, 4).

¹ Больничный округ – это административная единица, представляющая собой федерацию муниципалитетов; он отвечает за предоставление специализированной медицинской помощи в регионе, управляемом муниципалитетами в федерации.

Поскольку финская система здравоохранения и социального обеспечения отличается значительной степенью децентрализации, автономностью в принятии решений и слабыми механизмами управления со стороны центрального правительства, предоставление услуг здравоохранения и социальной помощи в Финляндии стало фрагментированным. Эта фрагментарность усилилась в результате воздействия частных служб здравоохранения и социального обеспечения, особенно в отношении услуг в области охраны труда и амбулаторной специализированной помощи (5, 6). Вследствие этого национальная система здравоохранения и социального обеспечения перестала надлежащим образом удовлетворять изменяющиеся потребности населения, что привело к проблемам в отношении доступности и справедливости оказания услуг и отрицательно сказалось на эффективности первичной медико-санитарной помощи, по крайней мере в некоторых регионах (7).

Кроме того, такие факторы, как отличия в законодательстве разных секторов и несопоставимая профессиональная идентификация, связанная с образованием и обучением, способствуют возникновению разных представлений о том, какими должны быть цели системы здравоохранения и социального обеспечения и в чем нуждаются потребители медицинских и социальных услуг (8, 9). Например, фрагментарность финской системы здравоохранения и социального обеспечения привела к дисбалансу в развитии ресурсов первичной и специализированной помощи, поскольку из-за отсутствия координации и механизмов управления в последние 20 лет большая часть ресурсов здравоохранения выделялась на вторичную медицинскую помощь. В области первичной медико-санитарной помощи это привело к проблемам в доступности и справедливости оказания услуг в целом, хотя состоятельные слои общества, например имеющие постоянную работу, по-прежнему имеют доступ к услугам, предоставляемым службой охраны труда и частным здравоохранением (10).

Кроме того, неблагоприятные демографические и экономические тенденции стали серьезным испытанием для функциональности общественного здравоохранения и социальной помощи. Два основных фактора изменили характеристики требований к оказанию помощи и оказали неблагоприятное воздействие на устойчивость существующей системы здравоохранения и социального обеспечения:

- повторяющиеся волны сельско-городской миграции значительно снизили способность небольших сельских

муниципалитетов надлежащим образом обслуживать свое население; а также

- старение населения и связанные с этим множественная заболеваемость и социальные проблемы привели к повышению спроса на медицинскую и социальную помощь.

Таким образом, хотя здравоохранение и социальное обеспечение в Финляндии интегрированы более тесно, чем в других странах Европы, комплексный подход к оказанию помощи на всех уровнях, а также многопрофильная помощь рассматриваются как решение многих проблем, возникающих в области здравоохранения и социальной помощи. Кроме того, некоторые группы пациентов, например (Sec. 2 par. A <http://new.gramota.ru/spravka/punctum/punctum-attach2>) пациенты с нарушениями психического здоровья или злоупотребляющие психоактивными веществами или имеющие социальные проблемы, получают пользу от улучшения интеграции оказания помощи (11, 12).

В этой статье мы опишем три новые инициативы в области комплексного оказания помощи в Финляндии и рассмотрим предварительно полученный в их рамках опыт, касающийся улучшения интеграции первичной медико-санитарной помощи, специализированных услуг и социального обеспечения. Две такие инициативы (одна в области оказания помощи детям и молодежи и вторая – посвященная комбинированным центрам здравоохранения и социального обеспечения) были организованы силами объединенных региональных органов. Третья инициатива основана на модели партнерства между государственным, частным и некоммерческим секторами и посвящена локальным городским центрам здравоохранения и социального обеспечения.

СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В ФИНЛЯНДИИ

Подробное описание финской системы здравоохранения и социального обеспечения содержится в другом источнике (1). Кроме того, развитие системы первичной

медико-санитарной помощи в Финляндии, а также проблемы, стоящие перед ней, были рассмотрены в предыдущих публикациях (13, 14). Однако, чтобы дать представление о контексте инициатив по комплексному оказанию помощи, описанных в этой статье, здесь приводится краткое описание системы здравоохранения и социального обеспечения Финляндии и текущих тенденций.

Финская система здравоохранения и социального обеспечения развивалась на протяжении десятилетий. В отличие от многих других европейских стран в Финляндии муниципалитеты всегда играли центральную роль в оказании медицинской и социальной помощи, включая предоставление услуг по уходу за престарелыми и других социальных услуг, в том числе в государственных службах, таких как школы, детские сады, библиотеки и утилизация отходов (1). В области первичной медико-санитарной помощи в 1972 г. была создана сеть муниципальных медицинских центров, которая охватывала общую практику, охрану материнства и детства и службу школьного здравоохранения, часто с местными больничными палатами под руководством врача общей практики. Это сделало финскую систему первичной медико-санитарной помощи в большей степени ориентированной на медицинские центры, чем в большинстве других стран. Финская первичная медико-санитарная помощь также является исключением с точки зрения численности персонала и использования различных профессий (14).

Что касается стационарного лечения в Финляндии, то, несмотря на то, что до 1990 г. большая часть государственных больниц уже находилась в ведении федераций муниципалитетов, в начале 1990-х гг. все специализированные учреждения были переданы под контроль 20 муниципальных федераций – «больничных округов». Роль муниципалитетов в области здравоохранения и социального обеспечения была еще более усилена в 1993 г. за счет ликвидации механизмов центрального планирования и управления; кроме того, если раньше размеры субсидий, получаемых муниципалитетами от центрального правительства, основывались на фактических затратах, то потом они стали основываться на предполагаемых затратах и ежегодных «блочных» субсидиях².

² Дополнительная информация в: Cylus J, Williams G, Karanikolos M, Figueras J. Using risk-adjusted capitation for financial resource allocation and purchasing primary health care and social services. A rapid review of international experiences and lessons for Finland. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies; 2018 (https://thl.fi/documents/2616650/2646346/Finland_RiskAdjustmentBrief_12may.pdf/41a46c24-5c58-47f8-b65a-bbad0995c298, по состоянию на 5 декабря 2018 г.).

Современная финская система здравоохранения и социального обеспечения считается самой децентрализованной в Европе, если не в мире. Основная ответственность за организацию предоставления как медицинских, так и социальных услуг лежит на 297 муниципалитетах. Для организации предоставления услуг первичной медицинской и социальной помощи в небольших муниципалитетах были созданы объединенные органы [kuntayhtymä], с учетом которых фактическое число субъектов, отвечающих за организацию здравоохранения и социального обслуживания, составило около 170. Как уже упоминалось выше, стационарная и специализированная помощь находится под контролем 20 муниципальных федераций, называемых «больничными округами». Кроме того, 16 объединенных органов организуют услуги для людей с нарушениями развития.

Однако недавние изменения в системе здравоохранения и социального обеспечения увеличили разнородность предоставляемых услуг. Например, в некоторых регионах муниципалитеты соединили функции первичной медицинской и социальной помощи в объединенных органах власти и больничных округах и сформировали интегрированные органы для всех услуг здравоохранения и социального обеспечения. В других регионах муниципалитеты полностью или частично делегировали оказание медицинской и социальной помощи частным или государственно-частным компаниям.

Одной из важных особенностей финской системы здравоохранения является существенная роль частного сектора в оказании медицинской помощи в силу того, что национальная система медицинского страхования исторически компенсировала использование частных медицинских услуг. Однако предоставляемая в настоящее время компенсация составляет всего около 15% от стоимости, и эта ситуация, наряду с недавними проблемами в получении доступа к муниципальным услугам, создала относительно большой рынок частного медицинского страхования в Финляндии (15). Другим аспектом, связанным с данным вопросом, является служба оказания медицинской помощи по месту работы, организованная работодателями для своих сотрудников, поскольку значительная часть трудоспособного населения получает амбулаторные медицинские услуги по этому каналу. Широкое использование услуг частного сектора и служб оказания медицинской помощи по месту работы, наряду с децентрализацией системы общественного здравоохранения и социального обеспечения, еще более способствует фрагментарности

финской системы здравоохранения и социального обеспечения.

В настоящее время в Финляндии широко поддерживается необходимость реформы здравоохранения и социального обеспечения, которая бы консолидировала фрагментированную административную и финансовую структуру финского здравоохранения и социального обеспечения. В ответ на это правительство Финляндии недавно предложило провести широкую реформу региональной правительственной структуры, чтобы создать новый административный уровень, состоящий из 18 округов. Эти округа будут нести ответственность за организацию и финансирование медицинских и социальных услуг, а также за обеспечение ряда других функций и услуг, ранее предоставлявшихся либо самими муниципалитетами, либо правительством (10, 16). На национальном уровне новая государственная политика привела к ряду законодательных инициатив по реформированию системы здравоохранения и социального обеспечения. На местном и региональном уровнях политика реализуется в рамках муниципального сотрудничества с целью создания региональных органов здравоохранения и социального обеспечения, способствующих интеграции и внедрению инновационных форм обслуживания (17).

Поскольку в политике здравоохранения Финляндии уже давно уделяется особое внимание укреплению службы первичной медико-санитарной помощи и комплексному оказанию услуг, особенно с точки зрения координации первичной медицинской и социальной помощи (1), в большинстве муниципалитетов в настоящее время работают медицинские и социальные службы под руководством единой администрации. Однако, за исключением местных пилотных проектов, вертикальная интеграция не развивалась теми же темпами, и первичная медико-санитарная помощь, а также специализированная и стационарная помощь организуются и предоставляются отдельными организациями. Кроме того, управление здравоохранением и социальным обеспечением отличается на уровне муниципальных и объединенных органов. За прошедшие годы большинство муниципальных органов приняли модель, включающую объединенный муниципальный совет и службу, занимающиеся вопросами здравоохранения и социального обеспечения. Однако во многих муниципалитетах по многим причинам практические службы по-прежнему работают разобщенно. Кроме того, такие факторы, как отличия в законодательстве в разных секторах и профессиональная идентификация, связанная с образованием и обучением, способствуют

возникновению разных представлений о том, какими должны быть цели системы здравоохранения и социального обеспечения и в каких специалистах медицинских и социальных услуг нуждаются потребители (8, 9). Таким образом, многие аспекты оказания помощи выиграют от усиления административной и оперативной интеграции.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ И МЕСТНЫЕ ИНИЦИАТИВЫ ПО КОМПЛЕКСНОМУ ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ

Далее описаны три инициативы по усилению интеграции первичной медицинской и социальной помощи в Финляндии и рассмотрены некоторые предварительные результаты (см. табл. 1). Поскольку все эти инициативы более или менее недавние, пока отсутствует их систематическая оценка, но они достаточно хорошо показывают направление, в котором развивается финская интегрированная первичная медико-санитарная помощь. Первые две описанные инициативы (дом для детей и молодежи Eksote и центры здоровья и благополучия Siun)³ находятся под управлением объединенных региональных органов здравоохранения и социального обеспечения. Первая инициатива служит примером того, как можно организовать интегрированные многопрофильные детские и молодежные службы, а вторая показывает, как можно улучшить координацию многопрофильной медицинской и социальной помощи на уровне центров здравоохранения. Описания инициатив частично созданы на основе данных, собранных для текущего исследовательского проекта по изменению профессиональных знаний работников здравоохранения и социального обеспечения, и основаны как на тематических интервью с руководителями разных уровней, так и на документах, предоставленных поставщиками услуг (18). Эти инициативы были выбраны потому, что они демонстрируют варианты организационной интеграции и сотрудничества между подразделениями различных организаций. В частности, дом для детей и молодежи Eksote является новаторской инициативой, которая послужила примером для нескольких других регионов при разработке решений для комплексного оказания помощи, в то время как инициатива Siun sote является примером того, как специалисты из разных

³ «Eksote» – это аббревиатура Etelä-Karjalan sosiaali-ja terveyspiiri (в переводе «Округ социальной и медицинской помощи Южной Карелии»), представляющего собой больничный округ, в котором находится данное учреждение.

ТАБЛИЦА 1. ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТРЕХ НОВЫХ ИНИЦИАТИВ ПО КОМПЛЕКСНОМУ ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ

	Дом для детей и молодежи Eksote	Центры здоровья и благосостояния Siun sote	Центр здоровья и благополучия в Тесоме
Организатор(-ы) услуг	Объединенный орган девяти муниципалитетов в Южной Карелии (130 000 жителей).	Объединенный орган 14 муниципалитетов в Северной Карелии (169 000 жителей).	Город Тампере (около 230 000 жителей) и округ Тесома (около 20 000 жителей).
Поставщик(-и) услуг	Объединенный орган муниципалитетов в Южной Карелии.	Объединенный орган муниципалитетов в Северной Карелии.	Партнерство между городом Тампере, частным поставщиком услуг и некоммерческим поставщиком услуг.
Принципы комплексного оказания помощи	Чтобы объединить всю медицинскую и социальную помощь под единым управлением, услуги для детей и молодежи были совмещены в одной организации. Дети и молодые люди могут получить практически все услуги в одной организации и в одном месте. Семьям не обязательно знать, какие услуги им нужны, так как многопрофильная группа специалистов собирается в зависимости от ситуации.	Чтобы объединить всю медицинскую и социальную помощь под единым управлением, службы охраны психического здоровья и наркологической помощи и связанные с ними социальные службы были размещены в медицинских центрах, предоставляющих комплексные услуги первичной медицинской и социальной помощи. Специалисты из разных областей имеют собственное руководство, но работают в одном учреждении. Общий руководитель контролирует повседневные процессы работы и оказания помощи.	Задача альянса заключается в комбинировании услуг таким образом, чтобы в интересах клиентов стирались границы между услугами, организациями и профессиями. Сотрудничество основано на многопрофильной групповой работе, при которой клиент является центром, вокруг которого движутся специалисты. Раннее предупреждение, самопомощь и компьютерно-информационные услуги выделены в качестве ключевых элементов этой концепции обслуживания.
Предоставляемые комплексные услуги	В доме оказываются услуги первичной медико-санитарной помощи, услуги для детей и молодежи по охране психического здоровья (первичная и вторичная помощь), по охране материнства и детства, услуги школьного здравоохранения и социального обеспечения, услуги по защите детей и социальной работе. Услуги в городских районах организованы в специальных домах для детей и молодежи, работающих по принципу свободного посещения. Кроме того, услуги предоставляются в школах и сельских районах.	В этих центрах амбулаторную первичную медико-санитарную помощь оказывают врачи и дипломированные медсестры, кроме того, там работают медсестры, специализирующиеся в области охраны психического здоровья и наркологии, а также специалисты в области социальной помощи.	В этих центрах предоставляются услуги первичной медико-санитарной помощи, стоматологические услуги для взрослых и услуги по обеспечению поддерживаемого образа жизни для пожилых людей и инвалидов, услуги для семей и молодежи (охрана материнства и детства, работа с семьями, уход на дому, стоматологические услуги для детей и молодежи), консультации, рекомендации и ведение конкретных случаев, помощь в трудоустройстве и библиотечные услуги, а также работает общественная кофейня и проводятся другие некоммерческие мероприятия, такие как организация собраний общности.
Результаты	Положительная оценка на основании административных информационных систем: уменьшился объем работы по защите детей в учреждениях, а объем психиатрической стационарной помощи для молодежи (<17 лет) ниже среднего по стране. Научная оценка пока отсутствует.	Положительная оценка на основании опросов персонала (неопубликованных): более эффективные способы оказания помощи, сокращение времени ожидания, уменьшение числа официальных направлений к специалистам, возможность консультаций с другими специалистами. Научная оценка пока отсутствует.	Пока отсутствует.

секторов могут быть привлечены в центры первичной медико-санитарной помощи для совместной работы. Третья инициатива, которую мы описываем, представляет собой недавнюю местную инициативу, включающую создание городского центра благополучия в рамках нового процесса государственных закупок, целью которого является формирование союза между субъектами общественного, частного и некоммерческого секторов в целях обеспечения комплексного оказания помощи.

ДОМ ДЛЯ ДЕТЕЙ И МОЛОДЕЖИ EKSOTE

Первый пример новой инициативы по комплексному оказанию помощи в Финляндии – это учреждение многопрофильного ухода для детей и молодежи, или «дом», организованное Округом социального и медицинского обслуживания Южной Карелии [*Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden*; сокращенно «Eksote»]. Как упоминалось выше, в Финляндии ответственность за организацию здравоохранения и социального обеспечения несут муниципалитеты. Однако, поскольку муниципалитеты, как правило, довольно малы, для организации здравоохранения и социального обеспечения они создали объединенные органы. Кроме того, несмотря на то, что муниципалитеты несут ответственность за стационарную помощь, этот вид помощи фактически предоставляется больничными округами, которые являются объединенными органами, принадлежащими муниципалитетам. Это означает, что первичной медицинской и социальной помощью руководят организации, которые отличаются от тех, которые руководят больницами, и поэтому она находится под отдельным управлением. Однако в последние несколько лет муниципалитеты в некоторых регионах создали региональные объединенные органы, охватывающие целые округа. Эти органы, как в случае с Eksote, финансируют и организуют практически всю медицинскую и социальную помощь в регионе и предоставляют большую часть услуг (некоторые услуги приобретаются у организаций частного и некоммерческого секторов). Такой порядок означает, что все услуги в этих муниципалитетах находятся под контролем одного и того же руководства и поэтому могут быть организованы по-новому.

Eksote отвечает за организацию услуг для 130 тыс. жителей в девяти муниципалитетах. Eksote значительно отличается от обычных органов здравоохранения и социального обеспечения в плане своей организации, а также процессов работы и оказания помощи. Одним из примеров этого является создание специального учреждения для детей и молодежи, дома детей и молодежи Eksote [*Lasten*

ja nuorten talo], которое предоставляет целевой группе населения многопрофильную помощь при соматических и психиатрических заболеваниях. В этом учреждении службы и специалисты объединены в одну организационную единицу с общим управлением и ресурсами первичной медико-санитарной помощи, социального обеспечения, специализированной стационарной помощи и муниципальных школьных организаций. Несмотря на то, что специалисты из клиник по охране материнства и детства, работники школьного здравоохранения и социального обеспечения (ранее ими руководила школьная организация), а также работники службы защиты детей, службы охраны психического здоровья детей и молодежи и других сфер социальной помощи работают в отдельных подразделениях внутри учреждения, они работают как одна многопрофильная группа.

Дом для детей и молодежи работает по принципу «свободного посещения», и направление специалиста для его посещения не требуется. Кроме того, посетители могут просто зайти, не зная точно, какая профессиональная помощь им необходима. Когда человек заходит в учреждение за консультацией или поддержкой, команда специалистов оценивает его потребности и затем собирает специальную группу для работы с этим человеком. Поскольку цель состоит в гибком оказании помощи, состав организованной команды и объем предоставляемых услуг зависят от потребностей клиента.

Модель обслуживания предоставляет услуги, основанные на раннем вмешательстве и адаптированные к потребностям клиента. Ожидается, что своевременная и соответствующая потребностям помощь повысит эффективность и приведет к экономии средств, даже если вначале услуги могут быть более интенсивными. Кроме того, в доме Eksote все услуги здравоохранения и социального обеспечения на начальном и среднем уровнях находятся под единым руководством. Функция руководителя заключается в содействии созданию инновационной рабочей модели оказания помощи, основанной на планомерных процессах обслуживания, в противоположность традиционным способам направления пациентов, при которых им приходится преодолевать организационные трудности. Вначале руководителем дома был медицинский специалист, но позже его сменил специалист из службы социального обеспечения.

Дом для детей и молодежи Eksote также оказался эффективным и в финансовом плане. Кроме того, снизились высокие затраты на дорогостоящие услуги по защите детей,

такие как предоставление опеки в учреждениях (19). Более того, в регионе, охватываемом Eksote, количество дней, проведенных молодыми людьми (<17 лет) в психиатрической больнице (52 дня), намного меньше, чем в среднем по Финляндии (103 дня) (20).

ЦЕНТРЫ ЗДОРОВЬЯ И БЛАГОСОСТОЯНИЯ SIUN SOTE

Вторая инициатива по комплексному оказанию помощи, описанная в этой статье, является примером того, как специалисты из разных частей системы здравоохранения и социальной помощи были собраны в объединенных центрах здоровья и благосостояния. Siun sote представляет собой региональный объединенный орган, состоящий из 14 муниципалитетов. Он несет ответственность за предоставление всех медицинских и социальных услуг в регионе, а также за предоставление их 169 тыс. жителям Северной Карелии в восточной части Финляндии. В административном плане Siun sote аналогичен Eksote.

Финские медицинские центры обычно оказывают первичную медико-санитарную помощь всем жителям определенного района. В отличие от системы врачей общего профиля во многих европейских странах, в медицинских центрах Финляндии работает многопрофильный персонал, в том числе врачи, дипломированные медсестры, физиотерапевты, психологи и диетологи. Кроме того, медицинские центры предоставляют услуги по охране материнства и детства и услуги стоматолога, а также организуют консультации врачей по уходу на дому в рамках обслуживания пожилых людей.

Однако, несмотря на сильную административную интеграцию в медицинских центрах, процессы оказания помощи обычно недостаточно скоординированы между отдельными специалистами, которые там работают. Кроме того, хотя специалисты по психическому здоровью, наркологии и социальному обеспечению работают в тех же муниципальных организациях, что и специалисты по оказанию первичной медицинской помощи, обычно они подчиняются разным ведомствам. Поэтому специалистам первичной медико-санитарной помощи сложно координировать с ними свои действия. Для решения этой проблемы орган Siun sote создал интегрированные центры здравоохранения и социального обеспечения, в которых медики работают вместе со специалистами службы охраны психического здоровья и наркологии (обычно это медсестры, специализирующиеся в области психиатрической помощи и наркологии) и другими социальными работниками.

Различные медицинские специалисты в центре по-прежнему имеют своих собственных руководителей, но все они работают в одном учреждении, таким образом расширяя сферу первичной медико-санитарной помощи с тем, чтобы удовлетворять комплексные потребности пациентов с несколькими заболеваниями. Однако наличия общих помещений не всегда достаточно для организации практики многопрофильной работы; общее руководство требуется для того, чтобы обеспечить общие процессы оказания помощи и методы сотрудничества, а также слаженность рабочих процессов между специалистами. Таким образом, несмотря на то, что каждая профессиональная группа имеет собственного руководителя, повседневную работу и процессы оказания помощи контролирует общий руководитель.

Работа разных медицинских специалистов под одной крышей позволяет своевременно оказывать помощь и направлять клиентов непосредственно к нужному специалисту без формального направления, что приводит к сокращению времени ожидания для пациентов. С практической точки зрения работа в одном учреждении позволяет специалистам с разным опытом и подготовкой познакомиться с практикой и образом мышления друг друга. Кроме того, консультироваться с другими специалистами легче, если вы их знаете и если они находятся рядом. Помимо этого интеграция социальной работы в центрах упрощает пациентам доступ к социальной помощи.

ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ И БЛАГОПОЛУЧИЯ В ТЕСОМЕ

Третьей описанной в этой статье инициативой по комплексному оказанию помощи является Центр здоровья и благополучия в Тесоме. Тесома – это район в Тампере, городе с населением приблизительно 230 тыс. жителей, расположенном внутри страны. Тесома находится примерно в восьми километрах к юго-западу от центра города. Население этого района составляет около 20 тыс. человек. В среднем в Тесоме социальные проблемы распространены больше, чем в других районах Тампере.

Центр здоровья и благополучия в Тесоме является примером нового типа центра благосостояния, основанного на партнерстве между субъектами общественного, частного и некоммерческого секторов в целях предоставления и интеграции медицинских и социальных услуг в рамках объединенной организации (21, 22). Этот центр был создан с помощью основанного на результатах инновационного процесса государственных закупок в 2015–2017 гг. В ходе этого процесса вместо того, чтобы заранее определять то,

каким образом будет осуществляться работа центра, различные субъекты, принимавшие участие в процессе закупок, совместно установили желаемые результаты этой работы. Концепция центра была разработана совместно с Тампере, частными компаниями и некоммерческими организациями в рамках коллективного процесса, в котором также принимали участие жители района Тесома и работники здравоохранения и социального обеспечения из Тампере. Затем были проведены торги на конкурсной основе в соответствии с согласованной процедурой с участием частных поставщиков.

Было заключено соглашение о партнерстве для предоставления услуг центра между одним из участвующих частных поставщиков услуг и городом Тампере. Альянс имеет общий контракт, общие цели и общую организацию, а также общий бюджет и общую логику получения дохода. Партнеры совместно несут риски, имеют общие прибыли и убытки, что будет стимулировать, как ожидается, интенсивную интеграцию, сотрудничество и постоянное развитие. Деятельность альянса основана на лично-ориентированном обслуживании, доверии, эффективных результатах и постоянном совершенствовании. В отношении частных поставщиков услуг в альянсе имеется система материального стимулирования с бонусами и штрафами. Например, согласно партнерскому договору, если расходы альянса соответствуют бюджетным критериям, доля частного партнера составляет 47% от сэкономленных средств. Если критерии бюджета превышены, частный партнер должен оплатить 50% от перерасходованных средств.

Все услуги, оказываемые в центре, считаются государственными услугами, предоставляемыми городом Тампере, но альянс несет совместную ответственность за горизонтальную интеграцию служб первичной медико-санитарной помощи и социального обеспечения в рамках центра. Центр оказывает два вида услуг: 1) медицинские и социальные услуги и 2) услуги по укреплению местного сообщества и взаимодействию между его жителями. Город Тампере отвечает за предоставление услуг центра для семей и молодежи (услуги по охране материнства и детства, семейная социальная помощь, уход на дому, стоматологическая помощь детям и молодым людям), а также услуг по консультированию и социальному сопровождению, трудоустройству и библиотечно-обслуживанию. Частный поставщик услуг отвечает за первичную медико-санитарную помощь и первичный прием пациентов, стоматологическую помощь для взрослых и за обеспечение поддерживаемого образа жизни для

пожилых людей и инвалидов. Третий участник, местная неправительственная организация, отвечает за общественную кофейню и другие некоммерческие мероприятия. Предполагается, что кофейня будет служить как гостиной для центра, так и местом встречи для сообщества Тесома. Помимо предоставления информации о медицинских и социальных услугах, неправительственная организация отвечает за планирование и организацию мероприятий в поддержку сообщества, а также за проведение собраний в группах для местных жителей, имеющих сходные потребности в помощи. Таким образом, центр представляет собой сервисную сеть и взаимодействует с другими медицинскими и социальными службами Тампере. Кроме того, в центре работают специалисты из централизованных служб Тампере. Также центр стремится быть средоточием культуры и досуга в районе.

Задача альянса, создавшего этот центр, заключается в новом сочетании услуг, в результате чего в интересах клиентов стираются границы между услугами, организациями и профессиями. Сотрудничество основано на многопрофильной групповой работе, при которой клиент является центром, вокруг которого вращаются специалисты. Основные услуги центра включают доступные консультации, рекомендации и ведение конкретных случаев. Раннее предупреждение, самопомощь и компьютерно-информационные услуги выделены в качестве ключевых элементов концепции обслуживания. Клиенты делятся на сегменты по профилям потребностей: дети, молодежь и семьи, взрослые трудоспособного возраста и пожилые люди. В этих основных сегментах профили клиентов были определены с помощью средства для разработки услуг.

Успешность альянса будет оцениваться на основании результатов и эффективности. Цели в отношении эффективности, определенные для услуг, включают, например, улучшение здоровья, снижение числа стоматологических заболеваний, снижение заболеваемости среди детей и молодежи, повышение взаимодействия между жителями, снижение безработицы и повышение навыков поиска и использования информации. Результаты, определенные для центра, включают, например, экономически эффективное оказание услуг, методы обновления и развития, соблюдение рамок предопределенных бюджетных ограничений в течение 10-летнего договора, постоянное и открытое развитие обслуживания, высокую удовлетворенность пользователей услугами центра и увеличение количества пользователей в течение срока действия договора.

Несмотря на то, что центр здоровья и благополучия в Тесоме был открыт в апреле 2018 г., эффективность и результаты его работы еще не оценены. Однако ключевая задача, ориентированная на клиентов центра, заключается в том, как наилучшим образом интегрировать оказываемую им помощь для обеспечения бесперебойного и своевременного обслуживания в центре и в других государственных службах.

ОБСУЖДЕНИЕ

В целом финская система здравоохранения демонстрирует хорошие результаты по сравнению с мировыми показателями, а ее качество и эффективность обычно оцениваются как высокие. Однако фрагментированность системы здравоохранения отрицательно сказалась на эффективности первичной медико-санитарной помощи, по крайней мере в некоторых регионах (13). Кроме того, неблагоприятные демографические и экономические тенденции, связанные со старением населения и сельско-городской миграцией, пагубно сказавшиеся на многих сельских муниципалитетах, ставят сложные задачи перед возможностями финской системы здравоохранения и социального обеспечения. В Финляндии широко поддерживается необходимость реформы здравоохранения и социального обеспечения, которая бы консолидировала фрагментированную административную и финансовую структуру здравоохранения и социального обеспечения и создала более крупные органы для организации предоставления услуг. Помимо этой финансовой и административной интеграции, комплексное оказание помощи рассматривается как возможный способ удовлетворения растущих и меняющихся требований к системе здравоохранения и социального обеспечения.

Административная и финансовая консолидация и комплексное оказание помощи также являются отправной точкой в предложенной правительством реформе, которая в настоящее время обсуждается в финском парламенте. Если правительственные законопроекты о реформе законодательства будут приняты в парламенте, юридическая ответственность за организацию социальной и медицинской помощи будет передана из муниципалитетов в 18 новых округов. Так же как и пилотные проекты Eksote и Siun sote, новая административная структура будет оказывать поддержку организациям здравоохранения и социального обеспечения в реализации новых моделей комплексного оказания помощи. Тем не менее

предложение правительства также включает в себя меры, которые могут быть спорными с точки зрения улучшения интеграции услуг. Они связаны с предложениями по внедрению рыночной модели выбора поставщика услуг для оказания первичной медицинской помощи и ухода за пожилыми людьми, при этом государственные и частные организации будут работать и предоставлять услуги на равных условиях. В зависимости от того, в какой степени эти предложения будут реализованы, реформа может фактически препятствовать возможностям округа предоставлять услуги на основе принципов комплексного оказания помощи. Однако, поскольку предложение правительства, особенно те части, которые ведут к приватизации медицинских и социальных услуг, подверглось резкой критике, неясно, будет ли оно принято парламентом или даже вынесено на голосование.

В приведенных здесь примерах комплексного оказания помощи два объединенных региональных органа, отвечающие за медицинские и социальные услуги, Eksote и Siun Sote, работают так же, как будут работать предлагаемые округа. Эти примеры показывают, что если скоординированы процессы принятия решений и управления всей структурой обслуживания, то можно изменить текущее предоставление услуг на уровне организации, чтобы обеспечить бесперебойную цепочку услуг. Таким образом могут быть разрушены стены между социальными службами и здравоохранением, а также между первичной медико-санитарной помощью и специализированной медицинской помощью.

С другой стороны, создание подобных организаций не является единственным путем к новым моделям обслуживания. Выстроить систему комплексного оказания помощи поверх организационных барьеров вполне возможно. Объединение разных служб под одной крышей может помочь в этом процессе, но совместная работа требует запланированных процедур и координации повседневной деятельности. Она также требует изучения работы друг друга и индивидуального знакомства со специалистами.

Модель альянса, представленная центром здоровья и благополучия в Тесоме, была опробована как способ предоставления медицинской и социальной помощи посредством сотрудничества нескольких поставщиков услуг как из государственного, так и частного сектора. Многие национальные и местные эксперты сочли модель Тесомы перспективной и потенциально изменяемой для предлагаемой новой финской системы социального обеспечения

и здравоохранения. Ее основная идея партнерства проста и легко адаптируется к различным местным условиям в Финляндии. В других местах в Финляндии были созданы в целом аналогичные центры, включающие нескольких поставщиков услуг, но, в отличие от центра здоровья и благополучия в Тесоме, они не основаны на модели партнерства.

В заключение, пилотные проекты по комплексному оказанию помощи, реализованные в Финляндии, оказались осуществимыми, и многие предварительные результаты этих проектов были в основном положительными как для поставщиков медицинских и социальных услуг, так и для клиентов. Поскольку использование здравоохранения и социальной помощи в Финляндии очень неравномерно (10% населения несет расходы за использование 80% услуг), важно предоставлять медицинские услуги, которые способны эффективно и действенно удовлетворить комплексные потребности пациентов.

Выражение признательности: не заявлено.

Источники финансирования: работа над этой статьей частично финансировалась Советом стратегических исследований Академии Финляндии (грант № 303605), но Совет не принимал участия в разработке статьи, сборе данных, результатах или решении о публикации.

Конфликт интересов: не заявлен.

Ограничение ответственности: авторы несут самостоятельную ответственность за выраженные в этой публикации мнения, которые необязательно отражают решения или политику Всемирной организации здравоохранения.

БИБЛИОГРАФИЯ⁴

1. Vuorenkoski L, author, Mladovsky P, Mossialos E, editors. Finland: health system review. *Health Syst Transit* 2008;10:1–168.
2. GBD 2016 Healthcare Access and Quality Collaborators. Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 2018;391:2236–71. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30994-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30994-2).
3. Ministry of Social Affairs and Health. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistaminen. Peruslinjauksia valmistelevan työryhmän loppuraportti [Реформирование законодательства по организации, развитию и контролю в области медицинской и социальной помощи. Заключительный отчет рабочей группы, составившей основные положения]. Reports and Memorandums of the Ministry of Social Affairs and Health 2011:7. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health; 2011 (<https://stm.fi/documents/1271139/10139132/Yleisperustelut.pdf/4a8b42ec-289b-4a22-b1bd-147122b18a9e/Yleisperustelut.pdf.pdf>).
4. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. Finland: Country Health Profile 2017. State of Health in the EU. Paris: OECD Publishing/Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies; 2017.
5. Saltman BR, Teperi J. Health reform in Finland: current proposals and unresolved challenges. *Health Econ Policy Law* 2016;11: 303–19. <https://doi.org/10.1017/S1744133116000013>.
6. Vuorenkoski L. Restructuring municipalities and municipal health services in Finland. *Eurohealth* 2007;13:8–10.
7. Raivio R, Jääskeläinen J, Holmberg-Mattila D, Mattila KJ. Decreasing trends in patient satisfaction, accessibility and continuity of care in Finnish primary health care: a 14-year follow-up questionnaire study. *BMC Fam Pract* 2014;15:98. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-15-98>.
8. Liberati EG, Gorli M, Scaratti G. Invisible walls within multidisciplinary teams: Disciplinary boundaries and their effects on integrated care. *Soc Sci Med* 2016;150:31–9. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.12.002>.
9. Maslin-Prothero SE, Bennion AE. Integrated team working: a literature review. *Int J Integr Care* 2010;10:e043.
10. Couffinhal A, Cylus J, Elovainio R, Figueras J, Jeurissen P, McKee M et al. International expert panel pre-review of health and social care reform in Finland. Reports and Memorandums of the Ministry of Social Affairs and Health 2016:66. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health; 2016 (https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/79070/RAP_2016_66.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
11. Sinervo T, Tynkkynen L-K, Vehko T. Mitä kuuluu perusterveydenhuolto? Valinnanvapaus ja integraatio palveluiden kehittämisen polttopisteessä [Как дела, финский медицинский центр? Свобода выбора и интеграция услуг как основные цели развития]. Report 16/2016. Helsinki: National Institute for Health and Welfare; 2016.
12. Jolanki O, Tynkkynen L-K, Sinervo T. Professionals' views on integrated care. *J Integr Care* 2017;25:247–55. <https://doi.org/10.1108/JICA-06-2017-0018>.

⁴ Все ссылки приводятся по состоянию на 18 декабря 2018 г.

13. Kokko S. Towards fragmentation of general practice and primary healthcare in Finland? *Scand J Prim Health Care* 2007;25:131–2. <https://doi.org/10.1080/02813430701576482>.
14. Kokko S. Integrated primary health care: Finnish solutions and experiences. *Int J Integr Care* 2009;9:e86.
15. Tynkkynen L-K, Alexandersen N, Kaarboe O, Anell A, Lehto J, Vrangbaek K. Development of voluntary private health insurance in Nordic countries: an exploratory study on country-specific contextual factors. *Health Policy* 2018;122:485–92. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.03.008>.
16. Tynkkynen L-K, Keskimäki I. Finland: Health Policy Updates: Health and social service reform draft goes back to the Parliament. In: *The Health Systems and Policy Monitor* [website]. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies; 2017 (<https://www.hspm.org/countries/finland21082013/countrypage.aspx>).
17. Keskimäki I, Heponiemi T, Sinervo T. Striving for integrated care and efficiency in Finland: country-wide and local skill-mix innovations. In: Glinos I, Sagan A, Wismar M, eds. *Skill-mix innovations in primary and chronic care: mobilising patients, peers, professionals*. Observatory Studies Series. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies (в печати).
18. COPE. COPE: Competent workforce for the future [website]. Helsinki: COPE; 2018 (<https://www.stncope.fi>).
19. Miettinen V. Lasten ja nuorten talo näyttää suuntaa [Дом для детей и молодежи указывает направление]. *Kuntalehti* 2017;25: 46–9.
20. Sotkanet.fi: statistical information on welfare and health in Finland. Helsinki: National Institute for Health and Welfare; 2018 (<https://sotkanet.fi/sotkanet/en/index>).
21. City of Tampere. *Tesoman Hyvinvointikeskuksen palvelut: allianssikumppanusmalli*. [Услуги Центра здоровья и благополучия в Тесоме: партнерская модель альянса] Tampere: Tampereen kaupunki; 2016 (<https://www.innokyta.fi/documents/1906667/e12810ec-5055-44bb-b8e7-9fda3b9bc428>).
22. City of Tampere. *Tesoman hyvinvointikeskus* [Центр здоровья и благополучия в Тесоме]. In *City of Tampere* [website]. Tampere: Tampereen kaupunki; 2018 (<https://www.tampere.fi/tampereen-kaupunki/yhteystiedot-ja-asiointi/alueelliset-palvelut/tesoman-hyvinvointikeskus.html>). ■