



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Преобразование системы здравоохранения: практика реализации

Совещание экспертов
Мадрид, Испания, 17-18 декабря 2015 г.



РЕЗЮМЕ

Настоящее совещание экспертов по осуществлению преобразований систем здравоохранения было проведено 17–18 декабря 2015 г. в Мадриде, Испания. Перед совещанием стояли следующие цели:

- определить, в чем состоит практический опыт, полученный в ходе осуществления реформ системы здравоохранения на уровне политики, который мог бы послужить в качестве базы данных;
- предоставить консультативную помощь лицам, определяющим политику в системе здравоохранения, по вопросам инициации и/или ускорения процесса преобразований либо совершенствования их реализации;
- определить шаги, которые может предпринять ЕРБ для разработки повестки дня в связи с реализацией реформ системы здравоохранения на уровне политики, а также возможных механизмов сотрудничества

Данное совещание проходило в ситуации, когда системы здравоохранения в Европе и за ее пределами либо претерпевают значительное реформирование на макро-уровне, либо остро нуждаются в нем.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

DELIVERY OF HEALTH CARE – organization and administration

HEALTH CARE REFORM

HEALTH POLICY

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

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

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

АВТОРЫ ФОТО

Обложка: © Adobe Stock/blinkblink; стр. vi: © Adobe Stock/dream79; стр. 8: © Adobe Stock/Agata Kowalczyk; стр. 22: © Adobe Stock/Bobo Ling; стр. 40: © Adobe Stock/jiris

Дизайн и печать: 4PLUS4.dk

© Всемирная организация здравоохранения, 2016 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

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

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

СОДЕРЖАНИЕ

Список используемых сокращений.....	iv
Резюме.....	v
1. Цель совещания	1
2. Европейское региональное бюро ВОЗ – контекст, в котором происходят преобразования системы здравоохранения: ЧТО НЕОБХОДИМО СДЕЛАТЬ	3
3. Причины крупномасштабных преобразований систем здравоохранения: ПОЧЕМУ	6
Повестка дня преобразований.....	7
4. Трудности реализации: КАКИМ ОБРАЗОМ.....	12
Подготовка контекста, восприимчивого к изменениям.....	12
4.1. Давление среды.....	15
4.2 Качество и согласованность политики.....	20
4.3 Ключевые лидеры процесса изменений	26
4.4 Поддерживающая организационная культура.....	31
4.5 Отношения между менеджерами и клиницистами.....	33
5. Основные темы	37
6. Движение вперед.....	41
7. Выводы	42
Библиография.....	46
Приложение 1: Программа	48
Приложение 2: Список участников.....	50
Приложение 3: Информационный документ	52

Список используемых сокращений

ВВП	валовый внутренний продукт
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ЕБР ВОЗ	Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения
КСП	крупномасштабные системные преобразования
Lean	подход к управлению организацией, направленный на повышение качества работы за счет сокращения потерь
NETS	Система трансформации Северо-Восточной Англии
SMART	конкретные, измеримые, достижимые, значимые, ограниченные во времени цели

Резюме

Совещание экспертов по осуществлению преобразований систем здравоохранения было проведено 17–18 декабря 2015 г. в Мадриде, Испания. Более 20 приглашенных экспертов поделились своим практическим опытом, связанным с реализацией крупномасштабных преобразований системы здравоохранения, возглавляя процесс, содействуя его развитию, непосредственно участвуя в нем либо проводя оценку.

Перед совещанием стояли следующие задачи: определить, в чем состоит практический опыт, полученный в процессе осуществления реформ системы здравоохранения на макро-уровне, который другие страны могли бы использовать в качестве примера; предоставить консультативную помощь лицам, определяющим политику в системе здравоохранения, по вопросам начала и/или ускорения процесса преобразований либо совершенствования их реализации; определение шагов, которые могло бы предпринять ЕРБ, чтобы выработать повестку дня реализации реформ системы здравоохранения на уровне политики и разработать возможные механизмы сотрудничества.

Задача также состояла в осмыслении и освоении опыта лиц, формирующих политику, в связи с продвижением и внедрением новых политических стратегий, моделей медицинской помощи и схем финансирования, а не просто описание достигнутого. Участники совещания проявили особый интерес к факторам, которые способствуют процессу изменения систем, а также барьерам и препятствиям, которые необходимо преодолеть на пути трансформационных изменений.

В отчете отражены темы, которым было уделено особое внимание на совещании. Они проиллюстрированы примерами ситуационного анализа, которые дают представление об опыте реализации реформ в различных системах здравоохранения таких стран, как Англия, Венгрия, Испания, Португалия, Турция, Шотландия, Эстония.

В заключение совещания, участники сошлись во мнении относительно основных составляющих более скоординированного подхода к крупномасштабным преобразованиям и условий, необходимых для поддержки реализации таких изменений в системах здравоохранения. В отчете предложены практические рекомендации, которые помогут организаторам здравоохранения продвинуться в реализации крупномасштабных преобразований в условиях конкретной страны.

Это совещание было задумано ЕРБ ВОЗ в качестве одного из главных механизмов поддержки процесса обмена знаниями, помощи лицам, определяющим политику, в поиске общих решений возникающих проблем и задач, а также укрепления их институционального и интеллектуального капитала.



Задача совещания состояла в осмыслении и освоении опыта лиц, формирующих политику, в связи с продвижением и внедрением новых политических стратегий, моделей медицинской помощи и схем финансирования, а не просто описание достигнутого.

1. Цель совещания

Совещание состоялось в Мадриде, Испания, 17-18 декабря 2015 г. (см. программу совещания в Приложении 1), в нем приняли участие (экс)руководители высшего звена, определяющие политику, а также эксперты, приглашенные из следующих государств-членов ВОЗ: Венгрия, Италия, Испания, Кыргызстан, Нидерланды, Польша, Португалия, Республика Молдова, Словения, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии и Соединенные Штаты Америки, Турция, Эстония. Кроме того, среди участников совещания были представители Европейского регионального бюро ВОЗ (см. список участников в Приложении 2). Местом проведения совещания стал Университет Деусто, организационным процессом руководили профессор David Hunter (Университет Дарема) и профессор Rafael Benzoa (Бизнес-школа по вопросам здоровья при Университете Деусто) в сотрудничестве с Отделом систем здравоохранения и охраны общественного здоровья ЕРБ. Они также подготовили информационный документ, с тем чтобы ввести в курс дела участников совещания, объяснить его цели и задачи и познакомить их с моделью восприимчивого к преобразованиям контекста, которая была принята в целях структурирования программы и обсуждения (см. Приложение 3).

Это совещание, посвященное вопросам практического осуществления преобразований системы здравоохранения, было крайне своевременным, так как системы здравоохранения в Европе и за ее пределами либо уже проводят крупномасштабные реформы, либо остро нуждаются в них.

Целью совещания являлось освоение опыта непосредственных исполнителей реформ на уровне политики и ознакомление с работами ученых, которые изучали и/или принимали участие в реформировании, в свободной, откровенной и дружественной атмосфере. Основные ожидаемые результаты совещания были таковы:

- определить, в чем состоит практический опыт, полученный в ходе осуществления реформ системы здравоохранения на макро-уровне, который мог бы послужить в качестве базы данных;
- предоставить консультативную помощь лицам, определяющим политику в системе здравоохранения, по вопросам начала процесса преобразований и/или его ускорения либо совершенствования их реализации;
- определить меры, которые могло бы предпринять ЕРБ, чтобы составить повестку дня реализации реформ системы здравоохранения на уровне политики и разработать возможные механизмы сотрудничества.

В центре внимания на совещании было осмысление и освоение опыта лиц, формирующих политику, в связи с продвижением и внедрением новых политических стратегий, моделей медицинской помощи и схем финансирования, а не просто описание достигнутого. Участники совещания проявили особый интерес к факторам, которые способствуют процессу изменения систем, а также к барьерам и препятствиям, которые необходимо преодолеть на пути трансформационных изменений.

Как предполагалось ранее, участники совещания признали, что значительно труднее реализовывать и поддерживать, чем своевременно разрабатывать крупномасштабные реформы на уровне политики. Лица, определяющие политику, оценили практические советы и рекомендации по дальнейшему продвижению на основе опыта успешных реформ и данных, полученных из соответствующих научных исследований.

Кроме того, было отмечено, что исследования реализации на уровне политики все еще малочисленны, количество данных об эффективности и рентабельности крупномасштабных системных преобразований (КСП) ограничено. Отсутствует надлежащая систематизация данных о трансформации системы здравоохранения, поскольку масштабы, амбиции и объем системных изменений значительно различаются во всем мире и часто зависят от контекста.

Таким образом, особое внимание на совещании было уделено скорее руководству реализацией крупномасштабных изменений, чем разработке или содержательной части какой-либо конкретной реформы. Главной темой совещания стала подготовка контекста, восприимчивого к преобразованиям системы здравоохранения, и управление таким контекстом.

Далее, Раздел 2 предлагает описание контекста преобразования системы здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ. В Разделе 3 рассматриваются причины КСП, которые проявляются во многих системах здравоохранения, а также давление среды, лежащее в основе преобразований. В Разделе 4 рассматриваются связанные с осуществлением реформ трудности, механизмы успешного внедрения и поддержания КСП, а также проблемы и задачи, с которыми сталкиваются страны. В Разделе 5 обобщаются основные темы, которые обсуждались на совещании в связи с реализацией КСП. Раздел 6 предлагает вероятные пути дальнейшего развития, описание возможных механизмов распространения опыта КСП. Наконец, в Разделе 7 предлагаются некоторые выводы в отношении принятия более скоординированного подхода к КСП и его реализации.

2. Европейское региональное бюро ВОЗ – контекст, в котором происходят преобразования системы здравоохранения: ЧТО НЕОБХОДИМО СДЕЛАТЬ

Настоящий отчет составлен в рамках стратегических приоритетов Регионального бюро в области укрепления систем здравоохранения на 2015–2020 гг., в основе которых лежит перспективное видение европейской политики здравоохранения – Здоровье-2020 и обязательства, сформулированные в Таллиннской хартии «Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния». Стратегические приоритеты были приняты на шестьдесят пятой сессии Европейского регионального комитета ВОЗ. Европейское региональное бюро ВОЗ помогает государствам-членам укреплять системы здравоохранения, обеспечивая их большую ориентированность на нужды людей, что необходимо для скорейшего улучшения показателей здоровья, сокращения неравенств в отношении здоровья, финансовой защиты и рационального использования ресурсов общества.

В целях укрепления ценностно-ориентированных систем здравоохранения Региональное бюро в 2015–2020 гг. будет активно работать с государствами-членами в двух приоритетных областях (см. рисунок 1):

- (1) преобразование услуг здравоохранения и их адаптация к вызовам XXI столетия;
- (2) переход к всеобщему охвату услугами здравоохранения во всем Европейском регионе, без разорительных платежей за счет собственных средств пациентов.

Для достижения успехов в этой области потребуются усилия всего общества и всех сфер государственного управления на межсекторальном уровне с выработкой на доказательной основе эффективных стратегий оказания услуг и финансирования здравоохранения. В дополнение к этому требуются качественные исходные ресурсы систем здравоохранения – в том числе в сфере кадров, лекарственных средств и других технологий, а также информации здравоохранения – что делает возможным преобразование услуг здравоохранения и переход к всеобщему охвату населения такими услугами.

Ниже приводятся области, которые можно рассматривать как основополагающие элементы систем здравоохранения.

- а) **Улучшение кадрового обеспечения систем здравоохранения.** Кадры здравоохранения являются одним из основных исходных ресурсов в системах здравоохранения. От их наличия, доступности, пригодности и качественной подготовки, необходимых навыков и способностей зависит улучшение показателей здоровья населения. Кадровые ресурсы здравоохранения играют центральную роль в преобразовании системы предоставления услуг с целью удовлетворения потребностей пациентов в XXI веке, равно как и в воплощении концепции всеобщего охвата на практике в виде более качественных услуг здравоохранения, предоставляемых в странах.
- б) **Обеспечение справедливого доступа к затратноэффективным лекарственным средствам и технологиям.** Обеспечение наличия и справедливого доступа к затратноэффективным лекарственным средствам и технологиям является важным исходным ресурсом для систем здравоохранения, в особенности для преобразования медико-санитарных услуг и перехода к всеобщему охвату населения услугами здравоохранения.
- в) **Повышение качества информации здравоохранения и совершенствование информационных систем здравоохранения.** Информация здравоохранения и данные исследований являются основой процесса укрепления систем здравоохранения и совершенствования политики здравоохранения, а информационные системы здравоохранения являются неотъемлемой частью систем здравоохранения (резолюция Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA60.27). Это предполагает не только улучшение качества информационного содержания, но также укрепление самих информационных систем, в том числе инфраструктуры и платформ информации здравоохранения, таких как электронное здравоохранение (eHealth). Укрепление информационных систем здравоохранения, соответственно, является одним из основных условий реализации политики Здоровье-2020.

Для решения приоритетных задач Европейского региона ВОЗ в сфере укрепления систем здравоохранения необходимо определить, какие стратегии управления процессом изменений позволят обеспечить их осуществление. Таким образом, обозначенные приоритетные задачи дают ЕРБ ВОЗ мандат на определение стратегий, направленных на реализацию КСП.

В настоящем отчете обозначены некоторые проблемы и задачи, которые государствам-членам предстоит решить в ходе реализации инициатив, отмеченных в вышеупомянутых трех приоритетных областях.

Рис. 1: Приоритетные задачи в области укрепления систем здравоохранения.

Приоритетные задачи в области укрепления систем здравоохранения: в основе всего лежат ценности



Источник: Отчет шестьдесят пятой сессии Европейского регионального комитета ВОЗ (2015 г.)

3. Причины крупномасштабных преобразований систем здравоохранения: ПОЧЕМУ

Комплексные системы здравоохранения постоянно меняются и трансформируются в ответ на различные виды давления со стороны среды (к которым относятся демографические показатели и эпидемиологическая ситуация), революционные научно-технические достижения и «прорывные» инновации, кардинально меняющие клиническую практику.

На Мадридском совещании был предложен подробный список проблем, типичных для систем здравоохранения во всем мире, в числе которых:

- демографические проблемы, возникающие в связи с все большим старением населения;
- эпидемиологические проблемы, характеризующиеся хроническими заболеваниями и быстро растущими показателями полиморбидности (одновременного наличия у пациента нескольких заболеваний);
- новые роли пациентов и граждан в системах здравоохранения и новые ожидания, с ними связанные;
- все более распространенная фрагментация в оказании медицинской помощи;
- ориентация на госпитализацию, слабая первичная медико-санитарная помощь, помощь по месту жительства и общественные службы здравоохранения;
- увеличение сложности клинических процессов;
- незавершенные программы обеспечения всеобщего охвата медицинской помощью и социальное неравенство;
- нерешенные проблемы с качеством и безопасностью;
- технологические инновации и развитие медицины;
- экономические ограничения (экономическое давление и необходимость сдерживания роста расходов).

В дополнение к уже известным вызовам возникают новые трудности, создающие еще большее давление на системы здравоохранения. К ним относятся:

- миграция и беженцы;
- тенденция отхода от всеобщего охвата населения медицинской помощью;
- архитектура здравоохранения: «силосные башни» или системность;
- сложность потребностей (связанных с охраной здоровья, социальными нуждами) населения в целом и индивидуумов;
- чрезмерное использование медицинских услуг;
- фрагментация в учреждениях и неудачи управления (директивное руководство или невмешательство)

- давление, связанное с приватизацией;
- направленность на сдерживание расходов;
- старение кадров сектора здравоохранения
- Политическая турбулентность и частые изменения на уровне правительства подрывают управление реформами, результатом чего становятся отсутствие преемственности, нехватка времени, отсутствие доверия;
- политическая культура и политические циклы;
- разрыв между политикой и исследованиями (особенно в части оценки);
- потери в системе;
- поведение отраслей промышленности (лоббирование со стороны индустрии табачных изделий, производства продуктов питания и напитков, приоритеты крупных фармацевтических компаний среди прочих корпоративных интересов)
- прорывные технологии (большие объемы данных, мобильные системы, геномика).

Участники совещания признали, что необходимость преобразований очевидна, однако многие из наиболее существенных вызовов можно рассматривать скорее как способствующие, чем препятствующие реформам. В ряде стран удачное внедрение преобразований, несмотря на все трудности, произошло в результате усилий лиц, формирующих политику, благодаря превращению существующих проблем в возможности для преобразований. При этом возникает вопрос о том, каким образом им удалось добиться такого результата.

ПОВЕСТКА ДНЯ ПРЕОБРАЗОВАНИЙ

Прежде чем обратиться к вопросу о реализации, участники обсудили общие тенденции, которым следуют все страны в отношении направления и содержания реформ. Через изменения проходят системы здравоохранения всех типов. В Европе существуют различные типы систем здравоохранения с точки зрения их организации и финансирования (например, система Беверидж (Beveridge), модель Бисмарка (Bismarckian), смешанные формы), однако они сталкиваются с одними и теми же проблемами и имеют ряд слабых сторон.

В результате все системы здравоохранения страдают недостаточной координацией оказываемой помощи, многие платят за количество, а не за качество, свыше 50% расходов приходится всего лишь на 5% населения (NHSM 2012 г.). Кроме того, типичными являются проблемы в области профилактики, качества и безопасности пациентов. Как правило, пациенты с хроническими заболеваниями не получают комплексной или непрерывной медицинской помощи. Каждая из систем здравоохранения могла бы избежать многочисленных и ненужных первичных и повторных госпитализаций. Вне зависимости от объемов ассигнований, будь то 8% или 17% от ВВП, ни одна система здравоохранения не достигла наилучших возможных показателей, ни одна не приблизилась к ориентированной на население модели медицинской помощи на основе профилактики и предупреждения болезней (Halfon и соавт., 2014 г.).



Каждый из этих вопросов очень трудно решить на практике, но появляется все больше примеров положительного опыта: многие страны открывают для себя способы успешного продвижения в этих областях.

Вследствие этого в большинстве стран реформирование систем здравоохранения, по всей видимости, является желанным шагом, несмотря на то, что не все страны либо регионы Европы находятся в одинаковой ситуации или на той стадии развития, которые предполагают внедрение или поддержание комплексных реформ. История, культура, ценности, правила, ресурсы и прочие факторы способствуют формированию систем здравоохранения и их готовности к крупномасштабным преобразованиям.

Основные тенденции, явно проявляющиеся в текущих реформах в Европе, связаны со следующими областями вмешательства:

- расширение доступа и охвата;
- комплексная медицинская помощь;
- расширение прав и возможностей пациентов;
- информационные технологии и комплексная информатика;
- управление знаниями;
- способы оплаты на основе ценностной модели;
- обеспечение здоровья населения и привлечение к этому процессу местного сообщества, используя подход с учетом всех этапов жизни.

Все эти проблемы являются приоритетными и требуют срочного решения на уровне политики. Если их игнорировать, устойчивость существующих систем здравоохранения в Европе окажется под серьезной угрозой. В целом, системы здравоохранения функционируют в неоптимальном режиме и нуждаются в преобразовании. Нарастающая сложность этих проблем, с которыми приходится сталкиваться лицам, определяющим политику, и управленцам, решая «острые вопросы», для которых не существует простых или универсальных решений, только усиливает потребность в трансформационных изменениях (Rittel, Webber, 1973 г.). Со времени второй мировой войны Европе не приходилось стоять перед лицом такой сложной задачи, связанной с трансформационными изменениями.

Каждый из этих вопросов очень трудно решить на практике, но появляется все больше примеров положительного опыта: многие страны открывают для себя способы успешного продвижения в этих областях.

Представление о том, что различные системы имеют очень схожие проблемы, подразумевает, что, несмотря на различные контексты, в разных странах потенциально существуют некоторые наиболее типичные реакции или модели, как с точки зрения применения политических рычагов, так и в отношении доступных подходов к реализации. Это позволяет предположить, что для всех стран будет, несомненно, полезен обмен знаниями и опытом реформирования.

Этот момент является ключевым, поскольку не хватает доступных методов и ресурсов, с помощью которых представители высшего руководства системы здравоохранения могли бы систематически и досконально осваивать особенности реализации системных реформ. Настоящий отчет делает попытку обеспечить некоторые

представления о подобных подходах, основанных на реальном жизненном опыте лиц, определяющих политику, представленном во время двухдневного совещания в Мадриде.

Поставленный на совещании вопрос был сформулирован так: «Что мы можем сделать в связи с этими проблемами и задачами?» Может показаться, что можно сконструировать повестку дня действий в отношении областей, воздействие на которые с помощью крупномасштабных преобразований стремятся обеспечить лица, определяющие политику: здоровье населения; охват и плательщики; поставщики услуг; технология и кадры; пациенты; общественность и граждане. Повестки дня различаются в зависимости от страны и/или местных условий, и в каждом случае есть свой ритм, конкретные контексты и приоритеты, но во всех случаях мы говорим о процессе накопления фактических данных.

Большинство реформ, которые предстоит осуществить в системах здравоохранения, предполагают сложные изменения, между которыми возможны несогласованность и отсутствие координации. Хорошо известно, что изменения часто происходят независимо друг от друга, и редко можно встретить описание полной картины, охватывающей все изменения и их взаимодействие, либо наглядно себе ее представить.

Существует большой разрыв в осуществлении преобразований относительно указанных выше объектов изменений – «что необходимо сделать». Вот почему требуется получить более глубокое представление о том, «каким образом» следует реализовывать преобразования. В частности, важно понять, что все это означает для вовлеченных политиков, которые преследуют двоякую цель: улучшить систему здравоохранения и одновременно набрать наибольшее количество голосов избирателей.

Данный пробел в наших знаниях дает прекрасную возможность объединить как все вышеперечисленные проблемы на уровне политики, так и возможные реакции, и получить информацию, обращаясь к опыту многочисленных инициатив, которые были реализованы или осуществляются сегодня в странах. Это позволит нам извлечь важные и полезные уроки, которыми мы будем готовы обмениваться, а также распространять и применять их в других проектах. Опираясь на этот богатый источник опыта, настоящий отчет, в основном, сфокусирован на том, «каким образом трансформировать» и добиться устойчивых КСП.

Некоторые новые темы, возникающие в связи с вопросом «**Каким образом трансформировать**», представлены ниже.

- Не забывайте, что на мышление политиков влияет необходимость набора голосов избирателей.
- Воздействие реформы зависит от конкретных культурных особенностей, связанных с вопросами охраны здоровья, а они отличаются от страны к стране.
- В Европейских странах существует множество не связанных между собой инноваций, при этом лишь некоторые из них надлежащим образом отражены в документации.
- Даже там, где инновации реализуются успешно, наблюдается недостаток согласованности.

- Существует разрыв между исследованиями политики, мониторингом воздействия политики и практической стороной ее реализации, при этом часто оценка осуществляется слишком поздно и является бесполезной с точки зрения принятия политических решений.
- Все эти нововведения должны быть представлены в структурированном виде, необходимо их укоренение в системе общественного здравоохранения. «Оформление» структуры и согласованность обеспечивают лица, определяющие политику.
- Необходимо перейти от мышления по типу «исходные ресурсы/активность» к мышлению, ориентированному на результат, несмотря на то, что процесс также имеет большое значение и сам по себе является результатом.
- Финансирование должно быть связано с результатами или целями системы (здоровье, качество и ценность).
- Решения должны приниматься совместно с соответствующими заинтересованными сторонами, в частности, с пациентами и гражданами. Наиболее важной заинтересованной стороной являются люди.
- Большая часть реформ направлена на изменение практики клиницистов или воздействие на их поведение, однако не всегда удается вовлечь их в процесс конструктивным образом.
- «Что необходимо сделать» определяется не только в технической, но и в социальной и политической сферах.

Таким образом, многое **НЕОБХОДИМО СДЕЛАТЬ**, и есть убедительные доказательства для большинства изменений... однако очень важно понять, **КАКИМ ОБРАЗОМ** изменения должны осуществляться: в данном случае наблюдаются значительные слабые места в реализации

4. Трудности реализации: КАКИМ ОБРАЗОМ

A key assumption of this meeting, based on the literature on organizational change and on the professional На основании данных литературных источников по организационным изменениям и профессионального опыта организаторов было сделано основное предположение о том, что процесс изменений требует руководства и стратегического управления. Для того чтобы это происходило эффективно, необходимо создать контекст, восприимчивый к преобразованиям.

Несмотря на то, что подобные изменения очень сложны и часто зависят от конкретных условий, необходимо постоянно изучать значимую динамику и закономерности процесса изменений в отношении многочисленных уровней и участников данной системы. Такого рода амбициозные и системные изменения можно назвать продуманными и взвешенными крупномасштабными системными преобразованиями.

Таким образом, для выживания систем здравоохранения, для обеспечения их финансовой устойчивости, для гарантии предоставления высококачественной медицинской помощи и ухода, особенно в тех системах здравоохранения, где медицинские услуги предоставляются бесплатно, необходимы трансформационные изменения, которые должны рассматриваться в качестве первоочередной задачи (Hunter и соавт., 2015 г.; Lukas и соавт., 2007 г.). Поэтому неудивительно, что в большинстве европейских стран внедряются общесистемные реформы в области здравоохранения. Более того, на мезоуровне реализуется много новых инициатив, направленных на повышение эффективности, в основе которых концепции всеобщего управления качеством (TQM), научных методов усовершенствования и сокращения потерь (Best и соавт., 2012 г.).

ПОДГОТОВКА КОНТЕКСТА, ВОСПРИИМЧИВОГО К ИЗМЕНЕНИЯМ

В данном разделе за основу принята модель восприимчивого к изменениям контекста, разработанная Pettigrew и соавт. (1992 г.). Она предоставляет структурные основы и общий язык, которые могут содействовать коммуникации и реализации важнейших катализаторов успеха на всех уровнях системы в целях оптимизации вероятности системных изменений и сокращения «пробела в реализации».

Для такого пробела в реализации существует множество причин, которые приводятся в Приложении 3 настоящего отчета. Для решения этой проблемы необходимо создать восприимчивые условия для устойчивых изменений. По определению Pettigrew и его коллег, «контекст имеет отношение к причинам и времени осуществления изменений, при этом важным является влияние факторов, как внешних по отношению к конкретной организации (таких как превалирующая экономическая, социальная, политическая ситуация), так и внутренних (например, ресурсы организации, ее возможности, структура, культура и политика)». Применительно к здравоохранению Pettigrew и соавт. предложили восемь факторов, имеющих отношение к успешному осуществлению стратегических изменений. Эти факторы предоставляют в наше распоряжение

индикаторы восприимчивости к изменениям: давление среды; качество и согласованность политики; ключевые лидеры процесса изменений; поддерживающая организационная культура; межведомственные связи; соответствие повестки для планируемых изменений местным условиям; простота и ясность организационных целей и приоритетов. Все эти факторы находятся в динамичной связи друг с другом и составляют условия, восприимчивые к планируемым преобразованиям.

Нет простого рецепта сведения воедино всех этих факторов для достижения успеха. Но при надлежащем управлении ими вероятность успешных изменений повышается в случае присутствия всех этих факторов.

Каждый контекст находится в динамике, поэтому осмысление контекста политики является невероятно сложной задачей. Добиться изменений в стереотипах поведения и других успешных результатов в работе системы невозможно на скорую руку. Это непрерывный процесс с использованием надлежащих стратегий мониторинга и оценки, включая анализ контекста и условий, а также их восприимчивости к изменениям. Совершенно очевидно, что не существует готовых рецептов, формул, простых решений, стандартных подходов или оптимальных методов привнесения нововведений в систему, которые можно откуда-то «заимствовать». Нет, задача состоит в том, чтобы проанализировать контекст, выявить компоненты системы и связи между ними и понять, как система функционирует. Когда мы это поймем, тогда мы сможем применить и адаптировать знания, полученные из других условий, на основе использования надлежащих методов и оптимально работающих систем. Для успешного распространения полученных знаний и обмена практическим опытом требуется жесткий подход.

Восприимчивый контекст – это ситуация, в которой присутствуют как черты контекста, так и действий по управлению, которые, как представляется, предрасположены к изменениям и движению вперед. Тогда как невосприимчивый контекст – это ситуация, в которой сочетание определенных условий фактически блокирует процесс изменений или создает значительное сопротивление.

Основываясь на опыте применения модели восприимчивого контекста в других сферах научных исследований, участники совещания выделили пять факторов, которые особенно важны как для понимания того, «каким образом» осуществлять реформирование, так и для внедрения преобразований в практику. Вышеупомянутые пять факторов представлены на рис. 2.

Рис. 2. Модель контекстов, восприимчивых к изменениям.



Адаптировано. Pettigrew и соавт., (1992 г.)

Пять факторов восприимчивости следует рассматривать как сочетание в высшей степени взаимозависимых элементов, которые можно использовать для ориентации и формирования действий по реализации. Для успеха преобразований необходима некоторая согласованность между этими факторами, а также определенная степень «разработанности» и притяия в каждом из них. При недостаточном потенциале или отсутствии восприимчивости сразу в нескольких факторах необходимо проанализировать причины и признать их существование, либо хотя бы убедиться в их «нейтральности». Это особенно важно для обеспечения благоприятной организационной культуры и качества отношений между управленцами и клиницистами.

Модель Pettigrew и соавт. имеет ряд преимуществ:

- эта модель позволяет охватить всю систему здравоохранения, в частности, в ней утверждается роль и значение контекста в формировании преобразований, тогда как другие модели, как правило, сосредоточены на личностях отдельных лидеров и игнорируют более широкую среду и контекст;
- она успешно была применена к отрасли здравоохранения;
- данная модель более оптимистична и в большей степени позволяет надеяться на успех, чем те, которые акцентируют внимание на возможности провала и негативных аспектах реализации изменений;
- она является одновременно гибкой и пригодной для различных масштабов, может быть использована в Европейском регионе ВОЗ, на национальном, субнациональном и местном уровнях, а также отдельными организациями.

Таким образом, участники совещания приняли данную модель в целях структурирования как совещания, так и настоящего отчета. Кроме того, они считают, что в ней потенциально заложен общий язык, который предлагается лицам, определяющим политику, и тем, кто отвечает за реализацию реформ, на котором можно будет обсуждать трансформационные изменения и пути их воплощения.

В следующих пяти разделах каждый из этих факторов рассматривается в отдельности, как с теоретической, так и практической точек зрения, основываясь на кратких выступлениях приглашенных (экс)организаторов здравоохранения старшего звена и экспертов, которые поделились своим практическим опытом. В каждом разделе в кратком виде изложены их выступления и последовавшие обсуждения.

Ряд экспертов представили практические случаи ситуационного анализа в виде эмоционального рассказа о предпринятых трансформационных изменениях. Ни один из этих рассказов не предлагает точную дорожную карту для систем здравоохранения других стран, но все они позволяют получить более глубокое представление о стратегии и тактике, о методах, которые оказались, по их мнению, эффективными, и тех, что не привели к позитивным результатам. Основные моменты из каждого случая ситуационного анализа отражены в нижеследующих разделах.

4.1. ДАВЛЕНИЕ СРЕДЫ

Воздействие среды может играть особенно важную роль в создании условий для трансформационных изменений и в поддержании таких условий достаточно длительное время для закрепления преобразований. И наоборот, если воздействие окружения не способствует усилиям, направленным на реализацию изменений, оно может иметь потенциально разрушительные последствия.

Крупномасштабное давление окружающей среды может вызвать радикальные изменения, в то время как краткосрочное давление, особенно финансового характера, может приводить к неблагоприятным последствиям, таким как перенаправление либо отток энергии из системы. Внутри организаций возможны самые разные реакции на финансовые кризисы, в числе которых могут быть задержки и отказы, упадок духа, поиск виновных, издевательства и смещение менеджеров. Финансовые кризисы стоит рассматривать не только как угрозу для организации, но и как возможность радикального преобразования, которое, например, может инициировать уменьшение инвестиций в неэффективные услуги или другие меры сокращения неэффективности и производственных потерь.

Едва ли не более важную роль играет политический контекст и влияние политики на формирование среды, регулирующей крупномасштабные преобразования. Неотъемлемая роль политической жизни является характерной особенностью всех систем здравоохранения. От этого фактора зависит, насколько успешными будут изменения и каков будет их масштаб. Проблема временных задач стоит особенно остро в случае, когда избирательные циклы препятствуют долгосрочным изменениям в связи со стремлением к получению результатов в краткосрочной перспективе. Особенно наглядно это проявляется в зависимости от типа ожидаемых изменений.

Структурные изменения либо изменения, требующие применения мер регулирования и/или контроля, могут происходить достаточно быстро и легко, особенно в национальных системах здравоохранения, однако для достижения культурных преобразований, направленных на изменение поведения и представлений о здоровье и благополучии, требуется значительно больше времени, и такие изменения, как правило, менее заметны. По мнению Halfon и соавт., для успешного развития Концептуальных основ трансформации 3.0 (3.0 Transformation Framework), целью которой является реализация крупномасштабной реформы системы здравоохранения, потребуются поддерживающие меры политики, рассчитанные на более длительные перспективы (Halfon и соавт., 2014 г.). Политика, среди приоритетов которой – краткосрочные выгоды для существующих групп и организаций, более не «соответствует цели».

При обсуждении давления, оказываемого средой, необходимо рассматривать систему здравоохранения в целом, а также более широкую сеть взаимозависимых факторов внешней среды и соответствующего контекста реализации. Политика и управление тесно взаимосвязаны, при этом управление процессом изменений имеет решающее значение для успешной реализации политики.

В качестве примера при обсуждении темы был выбран опыт реформ в Венгрии (см. резюме в Вставке 1).

Вставка 1.

Реформа, внедренная в масштабе всей системы здравоохранения Венгрии

Исходная информация

Презентация концепции венгерских реформ была сосредоточена на рекомендуемых действиях по совершенствованию управления КСП. На процесс реформ в Венгрии оказали влияние несколько ключевых факторов, и все они тесно связаны с управленческими ограничениями, которые влияют на реализацию преобразований. За исключением одного полного мандата, министры здравоохранения постоянно менялись (девять министров сменились в должности в течение первых десяти лет демократии). Однако считается, что масштаб запланированной реорганизации системы здравоохранения предполагал не менее 4–6 лет постоянных усилий для эффективного осуществления реформ.

Частые должностные перемены в администрации, в свою очередь, приводили к смене руководства во многих государственных либо муниципальных больницах. В прошлом новый министр приводил с собой новых людей с новыми идеями, которые занимали не только политические, но и административные должности, даже в медицинских учреждениях. Редко такие люди оснащены хорошей подготовкой или навыками в сфере планирования и административного потенциала.





Бюрократический подход к реформе здравоохранения обуславливается культурными ориентирами, однако он обладает универсальностью. Проводимые реформы в основном обеспечивались за счет новых регламентов и мероприятий по реструктуризации, при этом, как правило, единственным инструментом изменений являлось соблюдение правовых норм при поддержке нечетко организованной помощи в подготовке кадров. Использование законов и нормативных актов для осуществления изменений является принудительной мерой, при которой доступна исключительно односторонняя связь.

В период с 2010 по 2014 гг. министр здравоохранения отслужил полный избирательный срок на посту государственного министра по вопросам здравоохранения правительства Венгрии. Страна справилась с поддержанием стабильного положения венгерских служб здравоохранения в период экономического кризиса. Кроме того, в Венгрии был осуществлен широкий спектр важнейших реформ в области здравоохранения. Самой важной реформой стало внедрение принципиально новой нормативно-правовой базы общественного здравоохранения при поддержке со стороны населения. Изменения включали запрет на курение в общественных местах и на рабочем месте, введение налога общественного здравоохранения на продукты питания и напитки с добавлением сахара или соли, а также ограничение содержания в пище транс-жиров в целях безопасности. За четыре года службы министра был введен механизм центрального планирования, предназначенный для рационализации и регионализации системы оказания медицинской помощи, а также разработаны новые эффективные маршруты пациентов, что заложило основы национальной службы здравоохранения. Результатом рационализаторских усилий, в числе прочего, стали закрытие 14 больниц скорой медицинской помощи и общее сокращение срочной госпитализации на 5%.

Как это было реализовано?

Чтобы понять взаимосвязанность реализации политики и осуществления реформ, министр в качестве первого шага изучил модели развития политики, которые формируют среду преобразований в лечебно-профилактических учреждениях. Процесс реформирования является частью цикла реализации политики.

При вступлении в должность были важны три ключевых элемента: программа политики (реформ) в области здравоохранения на основе фактических данных, получившая одобрение лиц, принимающих решения в финансовой сфере; команда (или существующее объединение людей), обладающая возможностями, готовностью и внутренней мотивацией, чтобы ее осуществить: они должны ощущать «сопричастность» к этой программе; четкий план действий на первые шесть-девять месяцев. Обычно,





если какой-либо из этих элементов отсутствует в момент начала реформ, вероятность устойчивости изменений будет значительно ниже, поскольку управленческие обязанности будут насыщать рецепторы вашего интеллекта, заинтересованные группы будут влиять на вашу способность к критическому мышлению и проводимую кадровую политику, а постоянная необходимость решения повседневных проблем может истощить ваш потенциал действий. Чтобы свести к минимуму риск неудачи, была создана сильная команда управления проектом и налажена соответствующая инфраструктура. Методики управления преобразованиями включали в себя и другие инновационные методы в области политики здравоохранения и организационного развития, такие как большие массивы данных и социальные сети для картирования и анализа заинтересованных сторон.

И, наконец, абсолютная решимость, подход «кровь, пот и слезы» в сочетании с прозрачной политикой, основанной на коммуникации и консультациях со всеми заинтересованными сторонами в их местных условиях, создают возможность для реализации основных преобразований без препятствий со стороны противников. Для министра и его команды это была нелегкая задача, ее выполнение потребовало многочисленных поездок в деревни и поселки, на которые распространялась реформа, где людям четко и ясно разъясняли суть новой политики

Результаты

В результате беспрецедентного характера реформ были осуществлены многочисленные проекты, направленные на изменение системы общественного здравоохранения и оказания медицинской помощи.

Источник: Szócska МК и др., 2005 г.

В ходе дискуссии о том, как контролировать давление среды, было затронуто несколько вопросов, например, таких как: соотношение между фактическими данными и инновациями в области политики по реформированию системы здравоохранения; обеспечение необходимой критической массы сторонников в поддержку реформ на оперативном уровне (часто сопротивления среднего звена управления достаточно, чтобы блокировать реформы); управление процессом преобразований с учетом нелегкого бремени неотложной необходимости решения повседневных задач; роль значимых национальных/региональных и культурных особенностей; соотношение сил внутри правительств, в частности, между министерством финансов и министерством здравоохранения; роль пациентов и их представителей в КСП (существуют очень сильные лоббирующие группы, которые необходимо вовлекать в процесс преобразований, а также приглашать к участию пациентов и их объединения); работа с политической оппозицией и средствами массовой информации.

Основные выводы и сформулированные положения о том, **как решать проблему давления среды**, были таковы.

1. **Взгляд внутрь – взгляд вовне:** изучите и проанализируйте внутреннее устройство вашей системы, чтобы спланировать необходимые коррективы, однако также обратите внимание на опыт других, чтобы воспользоваться их знаниями и решениями, а не «изобретать колесо».
2. **Разработка и реализация двойной повестки дня.** В такую повестку должны быть включены как стратегия «низко висящих плодов», так и программа преобразований, рассчитанная на более длительный срок.
3. **Выполнение политического картирования заинтересованных сторон**, чтобы выяснить, кто находится у власти по актуальным вопросам и каковы отношения между заинтересованными сторонами, а также определить ресурсы, возможности и препятствия среди ключевых влиятельных лиц, союзников и электората.
4. **Вовлечение критической массы сторонников на всех этапах:** осуществление реформ в значительной степени зависит от успешного вовлечения людей; «на борту» должна находиться критическая масса ключевых заинтересованных сторон. Поэтому необходимо понять, в чем состоят потребности и ожидания людей. Привлечь на свою сторону всех и каждого не получится, однако поговорить нужно с каждым. Чтобы удержать людей, требуются победы на начальном этапе. При этом критическая масса людей необходима на всех этапах и включает в себя группу последователей на начальном этапе, сторонников, тех, кто подключился на поздних этапах, и руководителей, отвечающих за непрерывность и последовательность преобразований. Значительным препятствием на пути реформ является неопределенность. Необходимо инвестировать время в процесс подготовки и обучения.
5. **Использование имеющихся фактических данных, чтобы убедить людей и укрепить свои позиции.** Аргументы в пользу КСП на основе фактических данных – залог улучшения перспектив преобразований.
6. **Управление коммуникацией.** Коммуникация является мощным инструментом убеждения и привлечения на свою сторону критической массы сторонников, вовлечения заинтересованных сторон, в том числе граждан, членов парламента и представителей средств массовой информации. Наличие стратегии работы с противниками КСП может помочь компенсировать отсутствие серьезной политической поддержки.
7. **Распространение информации о победах на раннем этапе.** Постоянное информирование заинтересованных сторон о происходящем процессе способствует привлечению людей и появлению новых сторонников, а также убеждению тех, кто настроен скептически.
8. Зная, что их благоприятное «окно возможностей» невелико, для того, чтобы обеспечить преобразования на долгосрочную перспективу, министрам необходимо включаться в активную работу и **принимать меры непосредственно после вступления в должность**. Для решения серьезных проблем они принимают меры, рассчитанные на долгосрочную перспективу, которые законодательно закрепляются в новых положениях и регламентах.

4.2 КАЧЕСТВО И СОГЛАСОВАННОСТЬ ПОЛИТИКИ

Практика показывает, что важным показателем является качество политики, разработанной на национальном и местном уровнях, как с аналитической точки зрения, так и в процессе реализации. Особую роль играет наличие политики, в основе которой – фактические данные и научная информация, особенно на местном уровне, когда нужно представить доказательства в пользу изменений, убедить в их необходимости скептически настроенный персонал, в частности, клиницистов.

Согласованность и взаимосвязь, несмотря на всю их значимость, по всей видимости, являются наиболее управляемыми факторами. Эти характеристики, как правило, представляют собой способ обеспечения восприимчивости, поскольку согласованность зависит во многих случаях от правильного подбора ключевых лидеров процесса изменений.

Проиллюстрируем данную дискуссию примерами опыта реформ в Турции и Португалии (Вставки 2 и 3).

Вставка 2.

Политика обеспечения всеобщего охвата населения медицинской помощью в Турции

Иногда отсутствие согласованности является результатом сложной взаимосвязи между политикой, стратегиями и управлением. Опыт реформ в Турции показал, что при наличии приверженности руководства, страны со средним уровнем доходов, можно добиться существенного прогресса на пути к всеобщему охвату медицинским обслуживанием и одновременно улучшить состояние здоровья населения, усилить защиту от финансовых рисков и повысить удовлетворенность пользователей, то есть достичь целей системы здравоохранения, актуальных для всех стран.

Как это было реализовано?

В случае Турции самым серьезным был вопрос целей системы здравоохранения – лица, формирующие политику, сформулировали четкие цели и сосредоточили свое внимание на их достижении. Эти два элемента обеспечивают согласованность на всех уровнях, позволяя избежать организационного «шума». Был использован двусторонний подход:





- а) план неотложных мер был сфокусирован на достижении побед на начальном этапе, с тем чтобы завоевать доверие общественности. Общественная поддержка является наиболее важным инструментом для любого правительства, которое заинтересовано в проведении реформ, поэтому был выбран один из «низко висящих плодов». Вопрос о «заложниках» в больницах (пациентах, удерживаемых до тех пор, пока они не оплатят лечение) был немедленно решен.
- б) для консолидации реформ был подготовлен среднесрочный стратегический план. Стратегическое согласование со всеми заинтересованными сторонами потребовало усилий и приверженности со стороны лидеров процесса: в ходе этой процедуры министр посетил 345 площадок, принимал участие в неформальных переговорах на местах, а также в официальных встречах с общественностью, медицинскими работниками, членами политических партий и профессиональными объединениями.

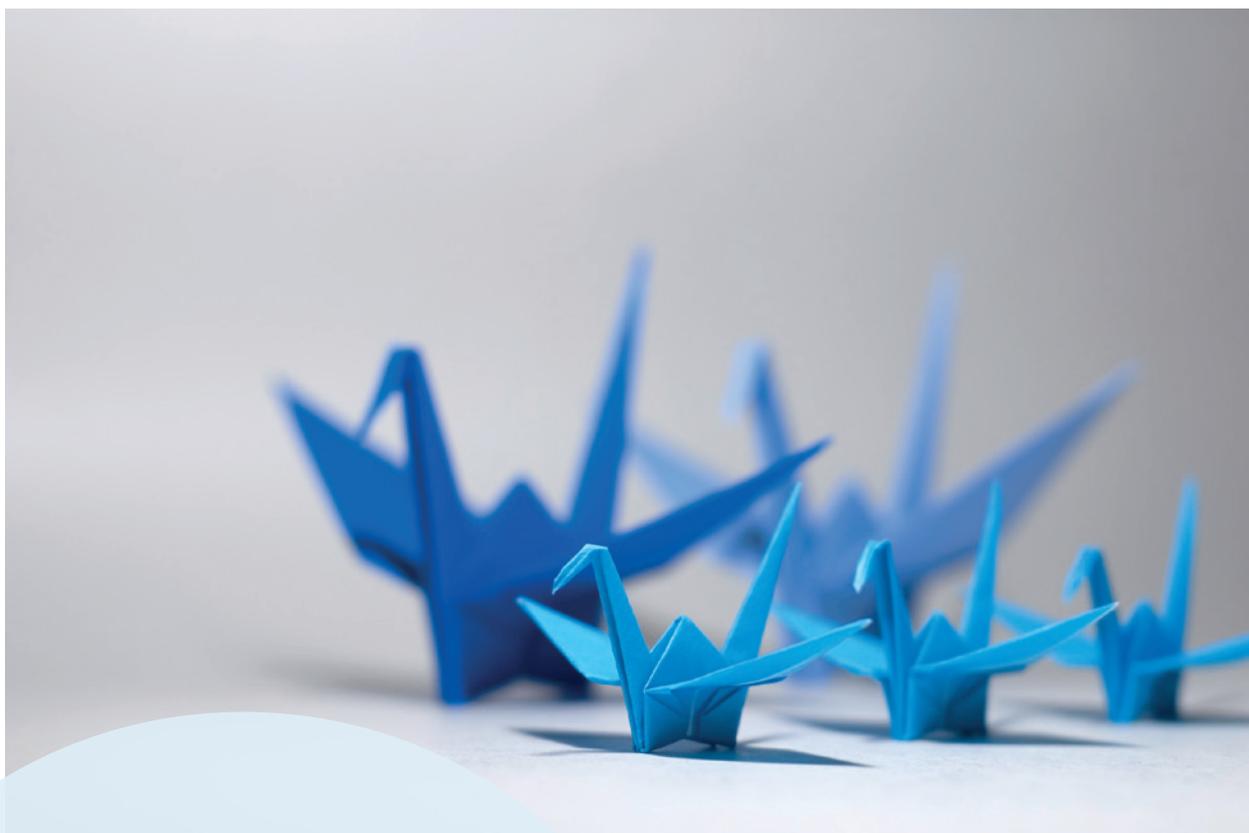
Реформы в Турции проводились строго поэтапно и с необходимой гибкостью, с опорой на актуальные данные о восприимчивости общества к проводимым изменениям. Осуществление основных направлений политики происходило на фоне благоприятных социально-культурных, экономических и политических условий, при этом тактические изменения, такие как сокращение количества совместных платежей и расширение выбора поставщиков медицинских услуг, были направлены на улучшение опыта пользователей системы здравоохранения, повышение их удовлетворенности и поддержки.

Внедрению реформ способствовали такие факторы, как работа членов команды по трансформации в тесном сотрудничестве с «координаторами на местах», которые действовали в качестве агентов перемен, наблюдавших за повседневными мероприятиями и собиравших данные в режиме реального времени для быстрого устранения помех путем уточнения сферы охвата, скорости и последовательности осуществления реформ.

Результаты

Как следствие данной стратегии, реформы здравоохранения показали выдающиеся результаты, внедренные в период между 2003 и 2010 гг., которые позволили разделить функции разработки политики, регулирования, финансирования и оказания услуг. В период с 2003 по 2011 гг. количество получателей «зеленых карт» (социальная схема оказания медицинской помощи неблагополучным в финансовом отношении, уязвимым группам населения) увеличилось с 2,4 млн до 10,2 млн человек, что составляет 13,8% населения, в том числе свыше 60% граждан, доход которых приходится на





Важно, чтобы возглавляли процесс преобразований лица, занимающие должности, имеющие решающее значение для реализации изменений. Речь не идет о героических лидерах традиционного типа, работающих в командном стиле управления и контроля...



самую нижнюю дециль (еще 24% населения с наименьшим доходом было охвачено медицинским страхованием по системе долевых взносов). Охват страхованием также увеличился по всем другим децилям дохода. Так, граждане с доходом в верхних децилях (от 85% до 96%) к 2011 г. были охвачены медицинским страхованием по схеме долевых взносов.

Источник: Atun R. и соавт., 2013 г.

Вставка 3. Три десятилетия реформ в Португалии

Исходная информация

В презентации программы изменений в Португалии были отражены политика и особенности руководства в контексте сходства между текущими реформами и теми, которые были осуществлены в 1990-х гг. Отмечалось, что во многих странах Южной Европы, несмотря на хорошо подготовленные кадры, многие инициативы изменений потерпели неудачу в связи с тем, что они чрезмерно полагались на решения в духе «большого взрыва», основанные на «совершенном законодательстве». Кроме того, причиной неудачи было также стремление удовлетворить запросы всех заинтересованных стороны. В целом можно сказать, что планируемые нововведения были слишком амбициозны, а база для их реализации не была подготовлена заранее.

Как это было реализовано?

Был предложен более «органичный» трансформационный подход: начиная с приверженности руководящего звена, создания потенциала (посредством подготовки кадров, сопоставительного анализа на основе международных показателей, интеллектуальных инвестиций) и культуры совершенствования деятельности. Когда эти элементы выходят на передний план, возрастают шансы появления стратегий высокого качества, разработанных в более благоприятных условиях. Кроме того, курс развития должен обладать устойчивостью и надежностью. В настоящее время акцент переносится с реформ на преобразования, что знаменует собой приход новой реальности.





Хотя сведение воедино всех компонентов, от которых зависит достижение успеха, — непростая задача, выявление компонентов неудачи представляет собой менее трудную задачу:

- ✓ «большой взрыв» = большой провал
- ✓ идеальный закон = невозможно реализовать;
- ✓ чрезмерные корпоративные полномочия = задержка реформы;
- ✓ удовлетворение всех заинтересованных сторон = чрезмерные расходы;
- ✓ низкий политический статус = нулевое движение.

начала; на осуществление КСП требуется много времени; разработка политики должна быть подкреплена серьезным анализом и включать в себя технологию внедрения, выходящий за рамки традиционного иерархического административного диктата; вовлечение в процесс ключевых заинтересованных сторон, несмотря на необходимость достижения равновесия между их вовлечением и скоростью осуществления реформ (узкое окно возможностей).

Основные выводы и полезный опыт касаются того, **каким образом обеспечить качество и согласованность политики**. Они представлены ниже.

1. **Посмотрите на систему в целом, старайтесь избегать разработки решений отдельных проблем.** Все части системы взаимосвязаны, изменение одной части может привести к нежелательным последствиям для остальных. Серьезный анализ ситуации поможет определить основные проблемы, которые необходимо преодолеть в любой стратегии.
2. **Учитесь у других:** исследуйте и анализируйте внутреннюю организацию, чтобы определить необходимые корректирующие действия, но также обращайте внимание на внешние факторы, применяйте уже существующие решения и используйте опыт других, чтобы не «изобретать колесо».
3. **Сформируйте цели SMART с четкими индикаторами.** Определите индикаторы процесса и результатов – они могут быть полезными для сообщения о победах на раннем этапе. Внедряйте прагматические изменения, связанные с установленными целями. Согласуйте действия, непосредственно связанные с поставленными целями SMART (или конкретными, измеримыми, достижимыми, значимыми, ограниченными во времени), и ориентированные на достижение результатов и индикаторов эффективности в оговоренные сроки. Также цели SMART с четкими показателями обеспечат надежную схему, необходимую для мониторинга и оценки прогресса, недостатков и результатов реформ.

4. **Разработайте совместно четкий план, который предполагает участие всех заинтересованных сторон** и позволяет всем ключевым заинтересованным сторонам принимать участие в КСП. Кроме того, этот план должен быть согласован с культурой клинической практики. Избегайте директивного стиля: невозможно принудить кого-либо принять изменения и ожидать приверженности их осуществлению.
5. **Быстро пройдите этап определения и направьте основные усилия на процесс осуществления.** Лица, формирующие политику, как правило, вкладывают большую часть времени в проектирование и уточнение подробностей плана вместо того, чтобы сосредоточить усилия на его реализации. Процесс внедрения в большей степени связан с изменениями в культуре, чем с конкретным методом, и требует много времени и усилий.
6. **Вкладывайте средства в хорошую систему анализа данных.** Министры обычно вкладывают средства в новые технологии, но забывают о разработке адекватной системы применения данных, которая позволяет оценивать и анализировать осуществляемые стратегии.
7. **Внедрите некий метод или методы,** которые способствуют непрерывному совершенствованию и обеспечению осуществления и расширения масштабов реформ (управление проектами, концепция снижения потерь и совершенствования управления (Lean), циклы непрерывного совершенствования Шухарта-Деминга (PDSA) и пр.).
8. **Создавайте инновационные лаборатории** для быстрого получения фактических данных, которые подлежат расширению; обратите внимание, что для успешного осуществления КСП обычно требуется несколько попыток.
9. **Содействуйте экспериментальному управлению, но не ставьте под угрозу надлежащее, разумное руководство.** Проблемы невозможно решить, просто снова и снова делая одно и то же. При любой возможности экспериментируйте (особенно если есть политическая культура, которая предполагает терпимое отношение к неудачам, что едва ли присутствует в опыте большинства присутствующих на совещании) и оценивайте в формате быстрых циклов.
10. **Оценивайте планы.** Несмотря на то, что оценка согласованной политики высокого качества обычно проходит без затруднений, большинство реформ либо не получают систематической оценки, либо их оценка следует традиционному «академическому циклу», который не подходит для лиц, определяющих политику. Быстрые циклы оценки являются аномалией на уровне формирования политики, однако подобные подходы необходимы потому, что трансформационные усилия, как правило, предусматривают несколько попыток, которые требуют корректировки и тонкой настройки по мере их развития.

4.3 КЛЮЧЕВЫЕ ЛИДЕРЫ ПРОЦЕССА ИЗМЕНЕНИЙ

Стратегии сами по себе не приводят к преобразующим изменениям. Важно, чтобы возглавляли процесс преобразований лица, занимающие должности, имеющие решающее значение для реализации изменений. Речь не идет о героических лидерах традиционного типа, работающих в командном стиле управления и контроля, но о тех, кто осуществляет руководство более точными и тонкими способами и применяет общесистемный подход. В качестве примера можно привести спокойных по характеру государственных служащих, работающих в рамках всей системы и являющихся лидерами процесса (Mintzberg, 1999 г.; Greenleaf, 1977 г.). Ключевым элементом такого руководства является построение команд на основе принципов сотрудничества и схожих подходов, для которых характерны совпадение концептуального видения и стремление добиться практического воплощения изменений.

Как это ни парадоксально, ключевым требованием с точки зрения **возможного успеха и устойчивости изменений** является стабильность эффективного руководства. Это особенно важно в случае масштабных культурных изменений, которые предполагают постоянство стремления к успеху и непрерывность. Как отмечает Berwick, «изменения на уровне культуры и постоянное улучшение происходят, когда лидеры действуют правильно, транслируя приверженность общим целям, поддержку и сострадание, а также подавая пример соответствующего поведения» (Berwick, 2013 г.).

Проиллюстрируем данную тему двумя примерами реформ: в Северо-Восточной Англии и Шотландии. Первый пример интересен тем, что показывает, как убедить людей в необходимости трансформационных изменений и какие уроки можно извлечь в случае последствий непредвиденного и неожиданного изменения направления реформ в области здравоохранения. Шотландский пример иллюстрирует преобразования с точки зрения организационного устройства, ориентированные на повышение качества и выполненные на основе приверженного руководства, общего видения и организационной стабильности.

Вставка 4. **Система трансформации Северо-Восточной Англии**

Система трансформации Северо-Восточной Англии (NETS) является примером внедрения на уровне региона принципов управления с минимизацией потерь в целях улучшения качества во всех организациях национальной службы здравоохранения в Северо-Восточной Англии с 2007 года по настоящее время. Она опирается на систему Virginia Mason Production (VMPS) и использует метафору «стула на трех ножках» (концептуальное видение, договор и метод).





Основной целью NETS была реализация поэтапных изменений качества медицинских услуг, оказываемых людям, живущим в Северо-Восточной Англии.

После получения данных официальной оценки были извлечены следующие основные уроки.

Приверженность руководства и расширение прав и возможностей на всех остальных уровнях:

позвольте людям брать на себя ответственность за новые предложения, поощряйте постоянство цели (при том что руководство осуществляют достаточно уверенные в себе лидеры, способные игнорировать «шум за сценой»). Участвовавшие в исследовании организации, в которых поощрялись как директивное руководство, так и инициативы снизу, отличались приверженностью ценностям NETS в течение длительного времени. Кроме того, организации, в которых реализация и внедрение NETS прошли удачно, как правило, воспринимали NETS как долгий, бесконечный путь вперед, а не краткосрочное решение проблем.

Опыт в области мобилизации ресурсов и расширения прав и возможностей лидеров процесса изменений и роль активистов, добившихся успехов:

среди ключевых лидеров процесса изменений должны быть клиницисты и технические специалисты, а не только менеджеры и директора. Мероприятия в масштабе всей системы, проводимые регулярно, по принципу «поделись и распространяй», стали одним из основных факторов, способствовавших укоренению изменений с течением времени.

Достижение изменения в масштабе систем в целом в значительной степени зависит от политических превратностей, особенно если эта система, каковой является и национальная система здравоохранения Соединенного Королевства, сама подвержена действию тех же самых аспектов давления. Тем не менее, несмотря на огромное влияние политического контекста на политику в области здравоохранения, исследователи нередко избегают этой темы или не рассматривают его в качестве фактора, обладающего определяющей ролью в отношении результатов трансформационных изменений. Проходит определенное время, прежде чем изменения оказываются окончательно внедренными и демонстрируют результаты, особенно когда они направлены на трансформацию культуры и поведения. Вследствие этого смелые и амбициозные усилия (такие, как NETS) не получают достаточно времени и пространства, чтобы достичь стабильности и доказать свою эффективность. Слишком часто в процесс вторгаются политика и давление окружения, приводя к неадекватным и отрицательным результатам.

Не стоит недооценивать значимость контекста с точки зрения вероятного результата и успеха инициатив комплексных преобразований: ему принадлежит важнейшая роль.

Вставка 5.

Коллективное лидерство в целях улучшения качества: пример Шотландии

Контекст

Национальная система здравоохранения Шотландии является признанным мировым лидером в области улучшения качества и безопасности пациентов. Несмотря на то, что за последнее десятилетие в Шотландии достигнут значительный прогресс, признается необходимость в увеличении темпов и масштабов реформ.

Как это было реализовано

Теория изменений включала постановку четкой и амбициозной цели, определение метода действия, неоднократное применение прогностического тестирования. Одной из целей было превращение Шотландии в лучшее место в мире для детей и юношества за счет улучшения результатов в отношении здоровья, а также сокращения неравенств среди всех младенцев, детей, матерей, отцов и семей, а также обеспечение оптимального жизненного старта для каждого ребенка.

Применялся новый подход к внедрению изменений, известный как подход улучшения качества. Нередко слишком много времени тратится на процесс планирования за стенами переговорных, вне связи с реальным миром. Новый подход позволил сократить время на планирование, и лидеры процесса изменений устремлялись в реальный мир, чтобы протестировать запланированные меры и внести необходимые коррективы. Основными вопросами в ходе процесса изменений были следующие: что вы хотите изменить, в какой степени, к какому сроку, каким способом?

Был приведен пример процесса: 800 человек из всех регионов Шотландии (специалисты-практики, деятельность которых связана с различными аспектами здоровья детей, среди которых были специалисты в области здравоохранения, учителя, социальные работники и др.) каждые 6 месяцев собираются вместе для обсуждения практических изменений. Прежде всего, они устанавливают цели, согласовывают факторы, являющиеся движущей силой изменений, и фиксируют на бумаге перечень действий, необходимых для осуществления этих изменений. Затем практики возвращаются домой и апробируют нововведения.

Ниже приводятся основные уроки, извлеченные из шотландского примера.

- **Важность определения четких целей** и здоровых методов улучшения качества, а также трудностей, связанных с распространением и поддержанием улучшений. Представлены примеры выдающихся достижений в области обеспечения безопасности пациентов, которые были достигнуты за счет внедрения методов улучшения качества.





- **Эффективность основанных на сотрудничестве подходов** была продемонстрирована на примере «Scottish Early Years Collaborative». Это первая в мире межведомственная программа, основанная на инициативах «снизу» в отношении улучшения качества, направленная на поддержку процессов преобразований в течение первых лет. Основное внимание уделяется совершенствованию и укреплению услуг с использованием методологии улучшения качества. Данный метод позволяет местным специалистам-практикам осуществлять апробацию, оценку, внедрение и расширение новых способов работы в целях улучшения результатов в отношении здоровья детей и семей.
- **С точки зрения руководства, когда улучшений много, это наполняет процесс реформ и является значительным шагом вперед.** В настоящее время функционируют 530 проектов, направленных на улучшение качества.

В ходе дискуссии, которая состоялась после презентации этих примеров, периодически возникали одни и те же вопросы:

- роль политиков в КСП, вне зависимости от успеха внедрения преобразований;
- роль информационных систем в непрерывном и систематическом мониторинге хода развития;
- различные подходы к улучшению качества: либо чисто технические по характеру в стабильном клиническом процессе (например, безопасность пациентов), либо предполагающие большую степень участия, подходы инновационного типа, когда разрабатываются новые и адаптивные процессы изменений (например, шотландская программа «Early Years Collaborative»);
- важность такого изложения фактов, которое обеспечивает эмоциональную вовлеченность;
- роль лидеров во врачебной среде и командная работа;
- способность создавать низовой потенциал;
- различие между подрывными и поступательными инновациями: улучшения можно добиться за счет совершенствования существующих процессов, но преобразования могут потребовать применения совершенно новых подходов, таких как модели комплексного предоставления медицинских услуг, включая Vanguard, Integrated Care Pilots и т.п.;
- возможность перехода к культуре инноваций в отсутствие опыта всеобщего управления качеством или управления с минимизацией потерь.

В качестве некоторых общих выводов в отношении основных характеристик и качеств, которые необходимо развивать и поощрять у ключевых лидеров процесса изменений, были сформулированы следующие вопросы: каким образом лица, формирующие политику, могут создать условия для реализации КСП? Если говорить

более конкретно, как лица, определяющие политику, могут способствовать подготовке ключевых лидеров процесса изменений?

1. **Сильное руководство имеет решающее значение**, но не подразумевает авторитарный стиль руководства, харизматическое или героическое лидерство. В большинстве случаев сильное руководство означает коллективное лидерство.
2. **Содействие развитию инноваций и приобретение знаний о методах совершенствования**, таких как управление с минимизацией потерь (Lean), цикл непрерывного совершенствования Шухарта-Деминга (планирование – осуществление – проверка – претворение в жизнь) (PDSA), циклы оперативной оценки и т.д., а также о новых технологиях (использование данных информационных систем («реальных данных»), технологии визуализации, совокупность технологий «больших данных» и пр.).
3. **Предложение привлекательной концепции развития реформ, выходящей за рамки краткосрочных циклов**. Очень эффективным является описательный метод изложения концепции. С его помощью формируются смелые, но достижимые цели.
4. **Развитие способности сосредоточиться на трансформации в целом**. Иногда это вызывает некоторую напряженность по причине неспособности увидеть воздействие одного вмешательства из-за сложных взаимозависимостей в других структурах («шум в системе»).
5. **Наиболее успешными являются такие стратегии, которые учитывают вопросы согласованности и соответствия целей, осуществимости и требований к реализации**. С большей вероятностью позволит заручиться поддержкой изменений широкое концептуальное видение, нежели детальный схематический план.
6. **Развитие общей концепции в команде**. КСП касаются не личных изменений, а таких, которые осуществляются силами команды. Следовательно, требуется создание многопрофильной целевой группы.
7. **Развитие лидерства: повышение потенциала в пунктах оказания медицинской помощи**. Достижение взвешенного соотношения между техническими возможностями и лидерским потенциалом. Существуют большие культурные различия между странами и регионами: например, противопоставляются культура доверия и культура проверок. Поэтому в некоторых местах основное внимание уделяется наращиванию потенциала, тогда как в других процесс ориентирован на аудит и инспектирование. Очень большое значение имеет эффективная коммуникация (прозрачность и достоверность). Роль добившихся успешных результатов активистов процесса изменений как образца для подражания.
8. **Поддержка и укрепление надлежащей практики**: создание центра для сбора данных о передовом опыте, которые вооружат ключевых лидеров процесса изменений убедительными фактами.

4.4 ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ОРГАНИЗАЦИОННАЯ КУЛЬТУРА

В данном контексте термин «культура» обозначает глубоко укоренившиеся установки и ценности, официальную идеологию и модели поведения, которые существуют и проявляются в организациях. Культура может препятствовать изменениям и создавать инерцию. В то же время благоприятная культура может подвергаться сомнению устоявшиеся убеждения о том, что представляет собой успех и как его достичь. Проводниками культурных изменений могут стать лидеры. Большую роль могут играть составление общественного договора с персоналом и мотивация сотрудников. Вот основные факторы, определяющие успех в изменении культуры: совместная работа, выходящая за рамки организационных и профессиональных ниш (стирание границ); поощрение готовности к риску; открытость для исследований и оценки; крепкая база ценностей. Все системы здравоохранения представляют собой сложный набор культур, и ядром многих, хотя и не всех, инициатив, направленных на масштабные изменения, являлись попытки сформировать именно эту составляющую системы.

Однако на достижение культурных преобразований, которые направлены на изменение моделей поведения и которые позволят быстро реализовать дальнейшие реформы, уходит значительно больше времени, при этом часто они не столь заметны. Из вышесказанного следует, что необходимо обеспечить восприимчивую организационную культуру.

В обсуждении был приведен конкретный пример опыта управления организационной культурой в процессе последней реформы в Эстонии. В этой стране в результате экономического и финансового кризиса 2008–2009 гг. стало возможным внедрение реформ, которые были запланированы задолго до этого и рассчитаны на длительный срок. Система ценностей в основе реформ – это ведущий параметр, способствующий созданию поддерживающей организационной культуры. В этом плане реформа системы здравоохранения Эстонии может служить образцом для подражания в европейских государствах.

В ходе обсуждения были рассмотрены следующие вопросы:

- подрывает ли строгое управление деятельностью моральное состояние сотрудников и возможности для инноваций;
- как воспитать культуру подотчетности;
- роль стимулов: внутренняя мотивация (праздновать успех) или финансовая заинтересованность – внутренняя мотивация играет ключевую роль;
- сотрудники должны быть вовлечены в процесс, поэтому необходима определенная степень самостоятельности;
- ценность объединения людей в КСП (преодоление разобщенности организационных подразделений).

Ниже приводятся общие выводы в связи с темой **создания и взращивания благоприятной организационной культуры**.

1. **Обеспечение согласованности политики и организационной культуры.** Для политики в области здравоохранения характерна длительность процессов реализации. Существует необходимость в согласованной, четкой и неуклонно осуществляемой политике, чтобы добиться преобразования устоявшейся профессиональной и организационной культуры.
2. **Изложение информации, сосредоточенное на потребностях пациента.** Как уже упоминалось ранее, изложение материала, передающее эмоциональную вовлеченность, является очень мощным инструментом поддержки для тех людей, которые могут возглавить процесс перемен. Кроме того, это может быть убедительным средством информирования о потребностях пациентов. Изучите маршруты пациентов, чтобы определить меры вмешательства.
3. **Изложение истории реформы и попытки привлечь людей на свою сторону,** имея в виду различное воздействие на них технических подробностей или увлекательного рассказа с точки зрения убеждения слушателей в необходимости изменений.
4. **Выбор людей, способных доходчиво и эффективно изложить историю реформ.** «Посланник столь же важен, сколь важно само сообщение».
5. **Разработка структурированных процессов, обеспечивающих возможность участия различных заинтересованных сторон.** Это особенно актуально для привлечения персонала. Специалисты всегда готовы предложить решения, если задать им правильные вопросы и позволить экспериментировать на местах. Поощряйте новые идеи и решения.
6. **Изобретательность и открытие новых пространств для совместной работы.** Бюрократический подход к реформе здравоохранения во многом определяется культурными особенностями, но все же является достаточно универсальным. Во многих странах реформы осуществляются, в основном, за счет введения новых регламентов, структурных преобразований. Нередко главным инструментом изменений является соблюдение законов при поддержке нечетко организованной помощи в подготовке кадров. Как уже отмечалось, применение законодательства и норм регулирования как единственного механизма осуществления изменений воспринимается как принуждение.
7. **Развитие сотрудничества и совместной работы: обмен практическим опытом в разных странах.** Появляется все больше и больше вопросов, которые являются общими для разных стран, в том числе: стоимость лекарственных препаратов, законодательство в области прав пациентов, оценка медицинских технологий и т.д.
8. **Работа с ценностями и стимулами в процессе становления специалистов,** принимая во внимание, что награды, праздничные мероприятия и другие нематериальные стимулы могут оказывать большее воздействие на мобилизацию людей, чем деньги или другие материальные стимулы.

4.5 ОТНОШЕНИЯ МЕЖДУ МЕНЕДЖЕРАМИ И КЛИНИЦИСТАМИ

Составляющая коммуникации между менеджерами и клиницистами имеет большое значение, особенно в период быстрого изменения системы здравоохранения (Kognaski, 2015 г.). Отношения между всеми группами сотрудников и специалистов, безусловно, важны, но особенно необходимо обеспечить привлечение клиницистов, принимая во внимание их определяющую роль в системах здравоохранения. Эти отношения заметно разнообразны на практике, и как, отмечает Когнаски, «отсутствие связанности между менеджерами и врачами – не вполне новость». Клиницисты, не поддерживающие изменения, могут оказывать мощное противодействие процессу и даже его саботировать. Очевидным представляется движение навстречу друг другу, стремление разобраться в культурных особенностях профессиональных и соответствующих ролей, однако это не всегда происходит естественным образом. Менеджерам необходимо погрузиться в реалии клинической практики, чтобы понять, в чем состоят приоритеты врачей.

Со своей стороны врачи, занимающие основные руководящие должности, могут сыграть важную роль в том, чтобы заручиться поддержкой со стороны коллег в связи с предстоящими изменениями. Менеджеры должны находить таких людей и в целях разрешения проблем, связанных с волнением и стрессом, сопровождающими изменения, привлекать их в союзники.

Разрыв между культурами управленческой и врачебной среды является своего рода классическим элементом в большинстве систем здравоохранения. Тем не менее, этот вопрос требует особого внимания, поскольку отношения между менеджерами и клиницистами необычайно важны с точки зрения обеспечения оперативного внедрения КСП, а также того, чтобы пациенты и соответствующие группы населения могли воспользоваться результатами планируемых трансформационных изменений. Если врачи не поддерживают изменения, они могут оказать серьезное противодействие процессу внедрения нововведений.

Типичные трудности в связи с построением таких отношений состоят в преодолении различий в профессиональной культуре (например, в сферах управления и врачебной практики), понимание сильных и слабых сторон двойственных ролей, которые играют «менеджеры-клиницисты», а также совершенствование процессов подотчетности. В некоторых регионах появились модели «двойного» лидерства, которые включают в себя как административных, так и клинических лидеров, при этом ведущие руководители (или группы) берут на себя ответственность за стратегические проекты на областном и организационном уровнях. Эти инициативы сопровождаются совместно разработанными стратегиями измерения показателей результативности, которые улучшают наглядность проекта, подотчетность и способствуют развитию чувства сопричастности его достижениям.

Конкретным примером для иллюстрации данной дискуссии стал опыт реформ в Стране Басков (см. Вставку 6).

Вставка 6.

Крупномасштабные преобразования в Стране Басков (Испания): инновации со стороны нижних уровней организационной иерархии в целях вовлечения клиницистов в процесс изменений

Контекст

В регионе Страны Басков, расположенном на севере Испании и протянувшемся на площади более 7000 кв. км, население насчитывает около 2,2 млн человек, а вместе с соседними Наваррой и Мадридом ВВП на душу населения превышает средние европейские показатели. Баскская система общественного здравоохранения является национальной системой, построенной по принципу «единого плательщика», предоставляющей всеобщий охват населения и в основном финансируемой за счет налогообложения. Департамент здравоохранения и социального обеспечения баскского правительства отвечает за разработку политики, общественное здравоохранение, а также планирование и финансирование здравоохранения. В свою очередь, Баскская служба здравоохранения (Osakidetza) является единственным государственным поставщиком медицинских услуг в регионе.

Как это было реализовано?

заболеваний в Стране Басков и оказался очень полезным опытом. Этот процесс был весьма инновационным, безусловно, отступая от обычной динамики испанского государственного управления. Организаторы здравоохранения в Стране Басков понимали, что подобные преобразования в масштабе всей системы потребуют времени, усилий, руководства, концептуального видения и приверженности, а также общего освещения происходящего, всеохватности, взаимодействия с исполнителями на местах, определенных усилий, направленных на повышение структурированности процесса, и постоянного освоения нового опыта. Вот почему обычный подход («командный стиль управления и контроль») к разработке и реализации стратегий здравоохранения был заменен на подход, в основе которого были принципы обсуждения и совместного принятия решений, сотрудничества, который отличается меньшей упорядоченностью (и вдохновлен теориями Генри Минцберга (Mintzberg's theories)). Говоря о стратегии, есть понимание пределов способности правительства реализовывать такие трансформационные инициативы самостоятельно, и необходимости вместо этого «разрабатывать благоприятные политические условия», «стимулирующие» новые способы мышления, осуществлять «совместные» инициативы и «поощрять подход коллективного лидерства». Фактически параллельно с разработкой стратегии были созданы рабочие группы, в рамках которых руководители и медицинский персонал вместе работали по различным аспектам (таким как комплексное лечение хронических заболеваний, особенно у пациентов с множественными хроническими патологиями). Деятельность этих групп придала особый импульс разработке стратегии.





С самого начала была предпринята попытка поддержать реформу с помощью убедительных фактических данных, свидетельствующих об эффективных мерах на местном уровне. Для того, чтобы предоставить поддержку в создании, обобщении и распространении таких данных, был учрежден ряд институтов или органов либо перед существующими учреждениями были поставлены новые задачи. Следующие организации сыграли существенную роль в качестве кураторов изменений: O+Berri (Баскский институт инноваций в области здравоохранения) работал над стимулированием инновационной деятельности и оценки; Kronigune был учрежден для проведения исследований медицинской помощи при хронических заболеваниях, а также с целью распространения инновационных моделей медицинской помощи; наконец, было открыто учреждение Chronic Care Office, где осуществлялся мониторинг стратегических проектов.

Для реализации данного плана действий была разработана научная программа, ориентированная на практику, в задачи которой входит мониторинг результатов и изучение инновационных процессов. Более 150 проектов получили финансирование, в частности, в рамках договорной программы между комиссионером (Департамент здравоохранения Страны Басков) и лечебно-профилактическими учреждениями Баскской службы здравоохранения (Osakidetza). Возглавляли эти 150 инновационных проектов, концепции которых предложены рядовыми сотрудниками, в основном врачи, при этом было организовано совместное участие менеджеров и клиницистов в научно-исследовательских группах.

Несмотря на многочисленные неблагоприятные условия, были достигнуты значимые результаты. Можно отметить следующие важные моменты (усвоенные уроки): во избежание бюрократических задержек была организована мощная команда, которая выступала в качестве параллельного правительства; команда очень сильная технически, хотя политически слабая (ее работа оказалась эффективной); значимость «Изложения планируемых изменений» с учетом потребностей хронических больных; достижение сдвигов в культурном сознании, не полагаясь на законодательство или стимулы для мотивации изменений; дорогу осилит идущий; управленческая преемственность (на протяжении всего проекта работали те же менеджеры) позволила не зависеть от политического цикла.

Но что-то пошло не так, как планировалось, либо не подлежало контролю. Некоторые члены руководящего состава фактически не поддержали изменения (они сказали изменениям «да», но имели в виду «нет»), тем самым замедлив процесс; высшее руководство должно было убедиться в том, что каждый действительно на стороне преобразований; проявилась неспособность справляться





с «амбициями»; неспособность к принятию определенных решений (таких как увольнение руководителей высшего звена, не поддерживающих изменения); наконец, отсутствие надежной модели реализации.

Источник: Bengoa, 2013 г.; Nuño-Solinís R, 2012 г.

Основные выводы и положения были сосредоточены на вопросе **отношений между менеджерами и клиницистами**.

1. **Нарушение «эффекта силосной башни».** Иногда профессиональная культура представляет собой мощнейшую и максимально устойчивую «силосную башню». Такие башни необходимо разрушать на микро-, мезо- и макро-уровнях с использованием командной работы, сетей по предоставлению медицинской помощи, системного мышления и подходов, для которых приоритетом является здоровье населения. Требуется новая, ориентированная на пациента, непатерналистская, основанная на командной работе профессиональная культура (должны быть внесены изменения в программы медицинских институтов, учитывающие эти требования).
2. **Привлечение клиницистов с использованием описательного изложения процесса изменений, которое окажется для них привлекательным и эмоционально стимулирующим.** Вовлечение персонала в процесс имеет огромное значение.
3. **Изменение характера диалога между менеджерами и клиницистами:** потребность в новом договоре и профессиональной ответственности.
4. **Коллективное лидерство/использование низового потенциала** является основой устойчивости направленных на преобразования усилий. В этих процессах должны принимать участие успешные активисты процесса изменений из среды практикующих врачей и менеджеры на местном уровне.
5. **Поощрение передовых инноваций, предложенных рядовыми сотрудниками, является эффективным способом привлечения клинического персонала к процессу КСП.** Работайте с внутренней мотивацией, не ориентируясь на жадность финансовых стимулов. Это применимо и к медицинским учреждениям, где широко распространена коррупция.

5. Основные темы

В этом разделе приводится краткое описание основных тем, затронутых в обсуждении, и принципиальных вариантов их развития в контексте примеров КСП, приведенных в ходе встречи.

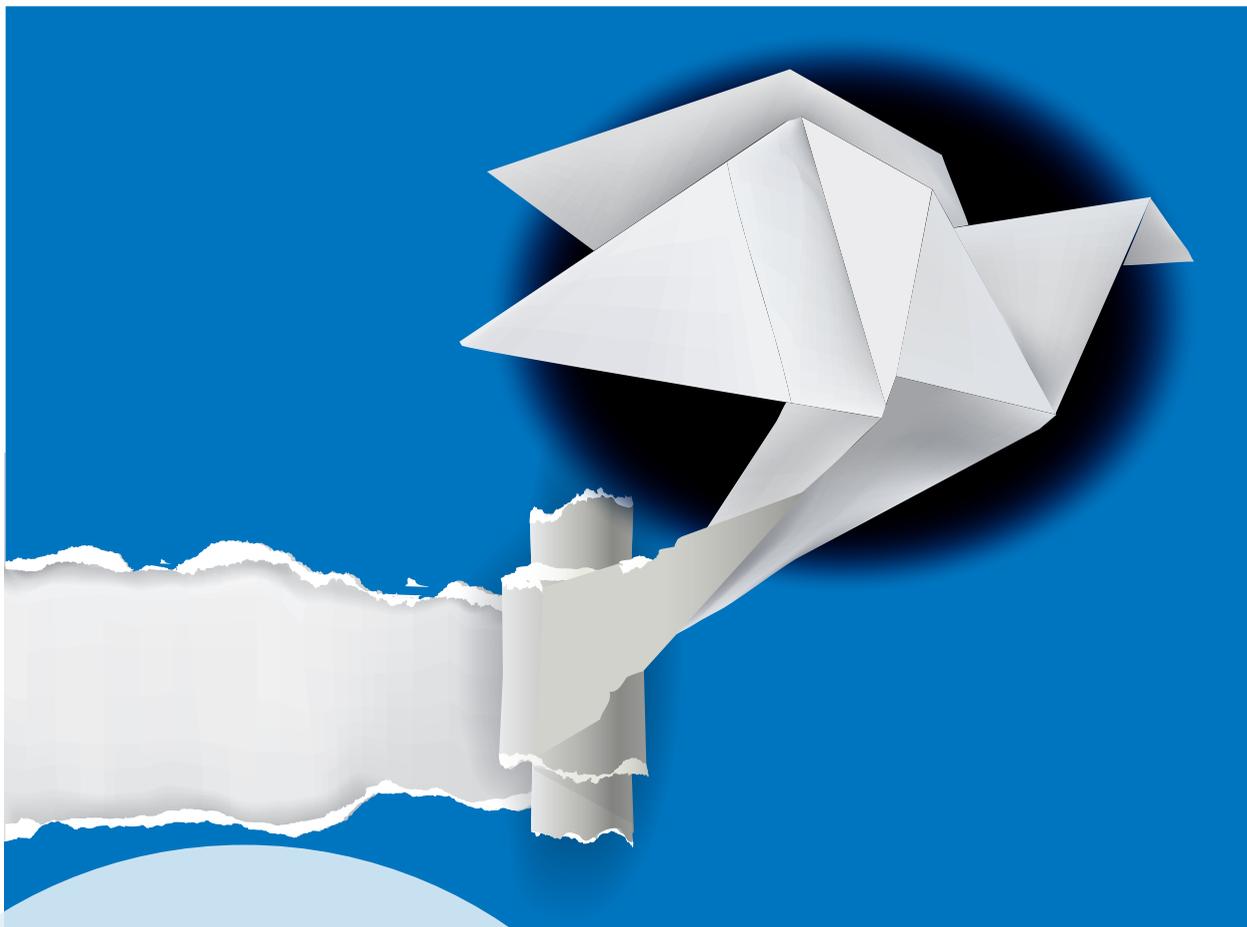
1. **Долгосрочное видение.** В успешных проектах преобразования систем, которые на протяжении десятилетия осуществляют Совет округа Йончопинг (Швеция), Администрация по здравоохранению ветеранов (США) и другие организации по всему миру, особое внимание уделяется необходимости долгосрочного концептуального видения и преемственности на уровне высшего руководства. В этих примерах долгосрочные стратегии трансформационных изменений не всегда отвечали сиюминутным требованиям. Более того, акцент на долгосрочном планировании не всегда легко совместить с сменяющимися друг друга политическими циклами или колебаниями условий финансирования. Тем не менее, как было отмечено на встрече, «двойная повестка дня» вполне осуществима при взвешенном отношении к краткосрочным потребностям и необходимости сосредоточить внимание на долгосрочной перспективе.
2. **Значение системной точки зрения.** В инициативах нередко игнорируют системные вопросы, которые могут негативно повлиять на успешную реализацию проектов (например, эффективное руководство, роль ценностей и убеждений, управление и обмен опытом). Если в стратегии изменений ориентироваться исключительно на препятствующие и способствующие реформам факторы на местном уровне, достижения неизбежно сводятся к результатам на том же уровне или «сдвигам первого порядка» в системе. Для достижения устойчивых изменений в больших и сложных системах усилия должны быть направлены на исходные причины, препятствующие процессу преобразований, а не на симптомы проблем, как на этапе проектирования, так и повторно на протяжении реализации по мере совершенствования системы. Такие всеобъемлющие идеи обладают широтой и включают в себя ряд ключевых компонентов системного мышления, от которых зависит возможность преобразовательных изменений системы.
3. **Описательный характер изложения концепции изменений.** Привлекательное, вдохновляющее описание процесса изменений является ключевым элементом для КСП.
4. **Стратегии здравоохранения и управление, основанные на знаниях** Существует очевидная потребность в фактических данных для информационного наполнения политики и в политике для насыщения фактических данных; в научных исследованиях с целью информирования практики и в практике для информирования научных исследований. Необходимо усовершенствование использования информации, требуются стратегии обучения в целях расширения масштабов улучшений. Особенно подчеркивается ценность знаний, а также их передача, выходящая за рамки отдельных дисциплин, коллективов, организаций, уровней и секторов. Управление на основе знаний и основанные на знаниях стратегии весьма отличаются от концепций доказательной медицины. В сложной сфере, какой является КСП, рандомизированное контролируемое

исследование едва ли можно назвать прогрессивным способом получения информации. Неправы те критики, которые пользуются им в качестве критерия истины в этом контексте (Berwick 2008 г.).

5. **Привлечение критической массы сторонников.** Один из ключевых вопросов, которые возникли в ходе обсуждения, состоял в том, что успешная реформа в значительной степени зависит от привлечения людей: на стороне реформ должно выступать большинство ключевых заинтересованных сторон. Таким образом, необходимо понять потребности и ожидания людей. Привлечь на свою сторону всех и каждого не получится, однако поговорить нужно с каждым. Чтобы удержать людей на своей стороне, требуются победы на начальном этапе. Неопределенность – это серьезное препятствие на пути к изменениям. Также необходимо инвестировать время и ресурсы в подготовку и обучение. Кроме того, коммуникация является мощным инструментом убеждения и привлечения на свою сторону критической массы сторонников, заинтересованных сторон, в том числе граждан, членов парламента и представителей средств массовой информации.
6. **Распространение информации о победах на раннем этапе** в подтверждение результатов процесса реализации. Постоянное информирование заинтересованных сторон может способствовать привлечению людей и появлению новых сторонников, а также убеждению тех, кто настроен скептически. Несмотря на то, что проектирование и планирование реформ, а также их реализация требуют времени, существует потребность в разработке стратегической политики на начальном этапе и проведении количественной оценки эффективности деятельности по достижению краткосрочных целевых ориентиров при согласовании с долгосрочными целями. Быстрые завоевания в сфере «низко висящих плодов» имеют решающее значение в обеспечении доказательств реальных изменений, что важно для сотрудников и для привлечения внимания общественности. Кроме того, они очень важны для достижения прочных и устойчивых КСП, используя «окно возможностей», которое в большинстве стран является узким и недолговечным.
7. **Практика политического картирования** с целью определения тех, кто обладает властью для решения актуальных вопросов, наглядного представления отношений между заинтересованными сторонами, а также для выявления ресурсов, возможностей и препятствий среди ключевых влиятельных лиц, союзников и электората.
8. **Гармоничное сочетание подходов к реализации с учетом идей и предложений и верхов, и низов организационной иерархии.** Важность взвешенного соотношения между централизованным планированием и координацией с одной стороны и автономией на местном уровне – с другой. В целях стимулирования инноваций и более стабильного коллективного участия масштабные инициативы требуют гармоничного сочетания централизованного стратегического планирования и координации с одной стороны, и автономного функционирования и расширения прав и возможностей на местном уровне – с другой. Вложения в навыки сотрудников и ресурсы пунктов оказания медицинской помощи имеют жизненно важное значение, но нуждаются в поддержке со стороны ведущей организации, которая может обеспечить стратегическое согласование на высоком уровне, широкомасштабную координацию, систематическое обеспечение

стандартизированными и специализированными ресурсами и обучением, а также устранение препятствий, которые находятся за пределами возможностей местной администрации.

9. **«Большой взрыв», «пунктирное» равновесие или постепенные изменения.** Главной особенностью здесь является организационная зрелость. В некоторых незрелых или инертных ситуациях существует потребность в инициативах, направленных на разрушение такого положения (например, навязанные руководством правила или подходы в стиле «большого взрыва»). Несмотря на их эффективность в отдельных случаях, подобные инициативы могут также иметь нежелательные последствия, в том числе разобщение сотрудников, упадок духа, усталость от реформ. Для КСП скорее выгодны стратегии изменения на основе «освоения» сложности, чем подходы, направленные на сокращение сложности, но это требование должно быть сбалансировано с учетом истории, культуры, организационных унаследований и институциональной зрелости в каждой стране. Комплексные проблемы требуют комплексных решений, которые нужно активно воплощать, а не отвергать в пользу упрощенных.
10. **Расширение масштабов систематически дает знать о нерешенной проблеме КСП.** Комплексные крупномасштабные изменения в области здравоохранения должны распространяться через большее количество заинтересованных сторон, чем в других секторах. Медицинские специалисты являются особенно сильной группой из заинтересованных сторон в системах здравоохранения. Разрушение эффекта «силпосной башни» нужно осуществлять посредством обучения и поддержки стирания границ, а также с помощью других средств, включая разработку системного руководства. Важно не идти на поводу у синдрома «это изменение здесь не сработает». Конечно, может потребоваться адаптация к конкретным условиям, преобразования не могут происходить просто по принципу «возьми и переставь», но существуют доступные для обобщения моменты опыта, которые могут быть переданы в пределах систем здравоохранения и между ними для информирования процесса преобразований.
11. **Необходимость эффективного управления проектом.** На это требуются ресурсы, в частности, время и место для исследования теории и практики трансформационных изменений (деньги здесь не самая большая проблема). Для реализации эффективного обучения необходима культура доверия, в которой допускаются и неудачи.



Обмен знаниями в сочетании с политической волей и подготовкой восприимчивого контекста с достаточной критической массой сторонников являются важными компонентами начала реализации запланированных процессов изменений.

6. Движение вперед

Темы, которые подробно обсуждались на встрече в Мадриде, не являются вехами линейного процесса преобразований. Скорее, они обеспечивают надежную основу и разумную отправную точку для разработки согласованных стратегий политики на основе фактических данных, нацеленных на преобразование систем здравоохранения, а также создание интегрированных платформ для возможностей обучения на основе обмена опытом.

Таким образом, участники несут ответственность за распространение этих знаний с помощью ряда механизмов. В заключение совещания были предложены следующие идеи относительно достижения данной цели:

- создание группы (экспертов, практиков, научных работников) под названием «Сеть преобразователей»;
- семинар-тренинг для руководителей высшего звена;
- инструменты для повышения осведомленности для средств массовой информации, широкой общественности и др.;
- разработка инструмента, с помощью которого можно будет оценивать готовность системы здравоохранения к переменам на политическом уровне;
- разработка инструментов для отслеживания (и направления) прогресса в ходе КСП;
- проведение ситуационного анализа (case studies) в качестве надлежащего способа синтеза знаний о КСП. Ситуационный анализ должен касаться не только побед, но и неудач. Они должны охватывать все многообразие Европейского региона ВОЗ, особенно Восточной Европы, а также примеры реформ, получивших наименьшее отражение. В центре внимания такого анализа должны быть «эмпирические» доказательства.

Многие из участников признали актуальность повестки дня системных реформ. Было отмечено, что обмен знаниями в сочетании с политической волей и подготовкой восприимчивого контекста с достаточной критической массой сторонников являются важными компонентами начала реализации запланированных процессов изменений, для которых характерно намерение, насколько возможно, избежать нежелательных последствий и упущения многих трансформационных подходов.

Был предложен девиз Клиники Майо «Мыслить масштабно, начинать с малого, продвигаться быстро», однако также была отмечена необходимость (на фоне появления на горизонте подрывных и меняющих правила игры инноваций) в инновациях на политическом уровне, когда вступают в игру новые подходы, такие как «экспериментальное правительство».

7. Выводы

В течение двух дней активных обсуждений участники делились своими мыслями и соображениями в отношении проблем, связанных с осуществлением КСП в секторе здравоохранения. Был сделан один общий вывод, с которым согласились все участники:

«Реализовать крупномасштабные изменения нелегко. Готовых решений не существует»

Кроме того, в настоящее время изменения происходят медленно, существует большое количество препятствий, которые необходимо преодолеть, присутствует постоянный риск фрагментации процесса. Для преобразования системы здравоохранения требуется непрерывность и последовательность, что может показаться парадоксальным, учитывая турбулентность, свойственную политическому контексту и избирательным циклам. Как правило, тех, кто разрабатывает политику реформ в области здравоохранения, благодарят не за изменения, а за сохранение статус-кво или внедрение минимальных улучшений системы, то есть скорее за сохранение системы, а не ее преобразование. В таком случае основное внимание уделяется краткосрочной «пользе», а не инновациям в «бизнес-модели». Неудивительно, что заслугу лидеров процесса изменений видят в сохранении существующей, а не в появлении более устойчивой и надежной системы.

Сложность трансформационной деятельности в масштабе «всей системы» хорошо известна в литературе по менеджменту (Best и соавт., 2012 г.). В секторе здравоохранения мы имеем дело с мета-сложностью: сложность изменений в сочетании со сложностью сектора здравоохранения превращают данный тип реформирования в наиболее сложную деятельность человека. Хорошая новость заключается в том, что существуют механизмы направления этих процессов, а лидеры процесса изменений, которые поделились своим опытом, извлекли все нужные уроки.

В модели Петтигрю и его коллег и в литературе по системному мышлению ясно говорится о важности нескольких аспектов, таких как признание контекста (местного и исторического) и влияние, которое он оказывает на преобразующие инициативы; значение отношений: понимание, поощрение и поддержка междисциплинарных и межведомственных связей; необходимость долгосрочного концептуального видения (или, по крайней мере, среднесрочного), в рамках которого реализуется понимание длительно действующих изменений, связанных с преобразованиями (в том числе и с теми, которые не были запланированы); акцент на практических правилах, которые способствуют успешному самоорганизующемуся поведению, что с большой вероятностью может оказаться полезным для осуществления КСП; необходимость в эффективном управлении

знаниями в отношении того, ЧТО НЕОБХОДИМО СДЕЛАТЬ, КАКИМ ОБРАЗОМ, а также в отношении ПРОГРЕССА и ВОЗДЕЙСТВИЯ КСП.

Постепенно возникает представление о том, каким должен быть более скоординированный подход к КСП, каковы должны быть основополагающие условия, необходимые для поддержки реализации преобразований систем здравоохранения. Важнейшими считаются следующие моменты.

1. **Создание согласованных стратегий.** В здравоохранения существуют многочисленные заинтересованные стороны, каждая из которых считает свои интересы приоритетными. Необходимо концептуальное видение. Нет концептуального видения = нет согласованности = нет изменений.
2. **Признание необходимости в системном подходе и в четком понимании того, что является движущей силой процесса изменений, а что - средством воплощения их в жизнь.**
3. **Признание связи между тем, что является причиной (ПОЧЕМУ), сутью изменений (ЧТО НЕОБХОДИМО СДЕЛАТЬ) и способом реализации (КАКИМ ОБРАЗОМ).** Основное внимание в этом отчете уделяется способу реализации, однако все эти три аспекта взаимосвязаны.
4. **Работа с различными видами профессиональной культуры, в частности с клинической культурой, является уникальной и не имеет аналогов в других профессиях.** Строгая клиническая культура пронизывает всю систему здравоохранения; этот тезис не является непреложным, но им не следует пренебрегать.
5. **Создание благоприятных условий.** В данном контексте важнейшую роль играет вдохновляющее и всеобъемлющее изложение пользы от процесса изменений.
6. **Бережное развитие новых руководящих подходов, основанных не на героическом образе лидера, но на коллективном и адаптивном руководстве.**
7. **Более активное привлечение пациентов и общественности.** Несмотря на то, что реализация преобразований, в которой в равной мере участвуют и пациенты, и остальные граждане, все еще находится в зачаточном состоянии, это считается ключевым фактором в достижении успешных изменений системы, а также вопросом, важным с точки зрения этики и политики
8. **Поддержка разработки и осуществления политики на основе фактических данных, так как знания на уровне политики обладают большей широтой по сравнению с концепцией рандомизированных контролируемых исследований, которые не позволяют понять все нюансы сложных систем и предоставить информационное обеспечение для успешной реализации трансформационных изменений.**

Базируясь на этих основополагающих условиях, первостепенное внимание следует обращать на отношения; четкие связи между тем, что должно быть сделано, и исполнителями; повышение степени интеграции научных исследований и разработки политики в научных, правительственных организациях и руководящих учреждениях здравоохранения, а также организационную структуру для укрепления сотрудничества между представителями различных дисциплин.

Эти принципы серьезно влияют на разработку и реализацию инициатив по улучшению качества, реформ первичной медико-санитарной помощи, инноваций в области оказания медицинской помощи и общественного здравоохранения, а также стратегий распространения ориентированного на пациента подхода и комплексной медицинской помощи. Также эти принципы помогают понять важность создания благоприятных условий, которые поддерживают профессиональную культуру, и осознать решающую роль руководства, постоянного улучшения эффективности деятельности и ее измерения, исторического контекста, а также активного вовлечения пациентов и специалистов-практиков в процесс преобразований.

Библиография

Atun R, Aydin S, Chakraborty S, Sümer S, Aran M, Gürol I, Nazlıoğlu S, Özgülcü S, Aydoğan U, Ayar B, Dilmen U, Akdağ R. Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity. *Lancet*. 2013;382(9886):65–99.

Bengoa R (2013) Transforming health care: an approach to system-wide implementation, *International Journal of Integrated Care*, vol. 13, pp. 1–4.

Berwick DM. The science of improvement. *JAMA*. 2008 Mar 12;299(10):1182–4.

Berwick D (2013) Improving the Safety of Patients in England. National Advisory Group on the Safety of Patients in England. London: Department of Health

Best, A, Greenhalgh, T, Lewis, S, Saul, JE, Carroll, S, Bitz, J, 2012, Large-system transformation in health care: A realist review, *Milbank Quarterly*, 90, 421–56

Greenleaf, R. (1977). The servant as leader. In R. P. Vecchio (Ed.), *Leadership: Understanding the dynamics of power and influence in organizations* (pp. 407–433). Notre Dame, IN: University of Notre Dame.

Halfon N, Long P, Chang DI, Hester J, Inkelas M and Rodgers A (2014) Applying a 3.0 transformation framework to guide large-scale health system reform, *Health Affairs* 33 (11): 2003–11.

Hunter DJ, Erskine J, Small A, McGovern T, Hicks C, Whitty P, Lugsden E (2015) Doing transformational change in the English NHS in the context of 'big bang' reorganisation, *Journal of Health Organisation and Management* 29(1): 10–24.

Kornacki MJ (2015) *A New Compact: aligning physician-organisation expectations to transform patient care*. ACE Management Series Book.

Lukas C, Van D, Holmes SK, Cohen AB, Restuccia J, Cramer IE, Schwartz M and Cairns MP (2007) Transformational change in health care systems: an organisational model, *Health Care Management Review*, 32(4): 309–320.

Mintzberg H. Managing quietly, *Leader to Leader*, 1999(12): 24–30.

Nuño-Solinís R, Orueta J F, Mateos M (2012) An answer to Chronicity in the Basque Country, *Journal of Ambulatory Care Management*, vol. 35, issue 3, pp. 167–173.

Pettigrew A, Ferlie E and McKee L (1992) Shaping strategic change - The case of the NHS in the 1990s, *Public Money & Management*, 12:3: 27-31.

Rittel HWJ and Webber MM (1973) Dilemmas in a general theory of planning, *Policy Sciences*, 4(2): 155-69.

Szócska MK, Réthelyi JM, Normand C. Managing healthcare reform in Hungary: challenges and opportunities. *BMJ*. 2005;331(7510):231-3.

World Health Assembly resolution WHA60.27

WHO Regional Committee for Europe. Report of the 65th session Vilnius, Lithuania, 14-17 September 2015 <http://www.euro.who.int/ru/rc/65th-session/report>

Приложения

Приложение 1: Программа

СОВЕЩАНИЕ ПО ОСУЩЕСТВЛЕНИЮ ПРЕОБРАЗОВАНИЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
МАДРИД, ИСПАНИЯ
17–18 ДЕКАБРЯ 2015 Г.

Четверг, 17 декабря

09:00 – 09:30	Цели совещания <ul style="list-style-type: none">■ Обоснование и мотивы совещания, наши ожидания от него, применение результатов на практике.	<i>Hans Kluge</i>
09:30 – 10:00	Причины крупномасштабных преобразований системы здравоохранения <ul style="list-style-type: none">■ Пленарное заседание за круглым столом, обмен мнениями, выявление причин необходимости изменений в масштабе системы.	<i>David Hunter/ Rafael Bengoa</i>
10:00 – 10:30	Разные страны, сходные реформы <ul style="list-style-type: none">■ В большинстве стран сформулировано четкое видение крупномасштабных изменений.■ Пленарное заседание: обзор общих тенденций, характерных для проводимых реформ.	<i>Nigel Edwards</i>
10:30 – 11:00	Основы создания восприимчивого к изменениям контекста <ul style="list-style-type: none">■ Несмотря на то, что в большинстве стран сформулировано четкое видение крупномасштабных изменений, практически отсутствует опыт обмена знаниями о том, как добиться таких изменений.■ Будет предложена модель восприимчивого к изменениям контекста Петтигрю в качестве отправной точки дискуссии о том, как добиться прогресса в направлении крупномасштабных изменений.	<i>David Hunter</i>
11:30 – 13:00	Давление среды: возможности и риски <ul style="list-style-type: none">■ Опыт урегулирования вопросов политики, финансирования и других внешних факторов, которые оказывают воздействие на ход реформ; обсуждение полученного опыта.	<i>David Hunter</i>
14:30 – 16:00	Качество и согласованность политики <ul style="list-style-type: none">■ Потребность в обеспечении согласованности целей и критериев осуществления как фактора, повышающего вероятность успеха преобразований.■ Использование стратегии, в основе которой фактические данные, является необходимой предпосылкой продвижения крупномасштабных изменений.	<i>Rafael Bengoa</i>

16:00 – 17:30	Ключевые лидеры процесса изменений <ul style="list-style-type: none"> ■ Управление и контроль и/или коллективное руководство. ■ Стабильное руководство в течение длительного времени как залог новой устойчивой нормы реформ. ■ Опыт в области мобилизации и расширения прав и возможностей лидеров процесса изменений, роль активных сторонников преобразований. ■ Обсуждение опыта в связи с вовлечением максимального количества сторонников изменений. 	<i>Elke Jakubowski</i>
---------------	---	------------------------

Пятница, 18 декабря

09:00 – 9:15	Краткий обзор первого дня	<i>Elke Jakubowski</i>
9:15 – 10:15	Создание поддерживающей организационной культуры <ul style="list-style-type: none"> ■ Опыт создания благоприятной организационной культуры и потенциала для крупномасштабных изменений на разных уровнях. ■ Привлечение представителей местного, регионального и национального уровней к участию в крупномасштабных реформах. ■ Пациент и сообщество. 	<i>Nigel Edwards</i>
10:15 – 11:15	Отношения между менеджерами и клиницистами <ul style="list-style-type: none"> ■ Привлечение специалистов в области здравоохранения для поддержки крупномасштабных преобразований является решающим. ■ Как этого добиться и как понять, в чем состоят культурные различия между заинтересованными сторонами: необходимость в специальных подходах. ■ Развитие надлежащих объединений со специалистами здравоохранения. 	<i>Rafael Bengoa</i>
11:45 – 12:45	Распространение изменений в социальных системах, инновации и расширение преобразований. <ul style="list-style-type: none"> ■ Расширение периодически приобретает статус проблемы в контексте преобразований. ■ Комплексные изменения в масштабе системы здравоохранения требуют распространения среди заинтересованных сторон в большей степени по сравнению с другими секторами. ■ Требуется активное вовлечение людей в процесс, чтобы добиться массовости движения и устойчивости изменений в течение длительного времени. 	<i>David Hunter</i>
12:45 – 13:30	Общие выводы	<i>David Hunter/ Rafael Bengoa</i>
13:30 – 13:45	Заключительные комментарии и церемония закрытия	<i>Hans Kluge</i>

Приложение 2: Список участников

СОВЕЩАНИЕ ПО ОСУЩЕСТВЛЕНИЮ ПРЕОБРАЗОВАНИЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
МАДРИД, ИСПАНИЯ
17–18 ДЕКАБРЯ 2015 Г.

Профессор Reser Akdag

Член Парламента
Турция

Ms Nicola Bedlington

Генеральный секретарь, Форум европейских
пациентов
Бельгия

Д-р Mircea Buga

Министр труда, социальной защиты и семьи
Республика Молдова

Профессор Henry Burns

Университет Стратклайда
Соединенное Королевство Великобритании и
Северной Ирландии

Профессор Antonio Fernando Correia de Campos

Национальная школа общественного
здравоохранения
Португалия

Г-н Nigel Edwards, Исполнительный руководитель,
Нуффилдский траст, Соединенное Королевство
Великобритании и Северной Ирландии

Г-н Jonathan Erskine

Исполнительный директор, Европейская сеть
интеллектуальной собственности
Соединенное Королевство Великобритании и
Северной Ирландии

Д-р Anne Hendry

Ведущий национальный специалист по комплексной
медицинской помощи
Соединенное Королевство Великобритании и
Северной Ирландии

Профессор David James Hunter

Университет Дарема
Соединенное Королевство Великобритании и
Северной Ирландии

Д-р Ruth Hussey OBE

Главный медицинский специалист, Уэльс
Соединенное Королевство Великобритании и
Северной Ирландии

Д-р Ainura Ibraimova

Директор проекта, Abt Associates Inc.
Кыргызстан

Д-р Patrick Jeurissen

Министерство здравоохранения, социального
обеспечения и спорта
Нидерланды

Д-р Marcin Kautsch

Медицинский колледж Ягеллонского университета
Польша

Профессор Dusan Peter Keber

Медицинский центр университета Любляны
Словения

Д-р Anne Kilgallen

Заместитель главного медицинского специалиста,
Северная Ирландия
Соединенное Королевство Великобритании и
Северной Ирландии

Г-жа Charlotte McArdle

Главный специалист медсестринской службы
Соединенное Королевство Великобритании и
Северной Ирландии

Профессор John McDonough

Гарвардская школа общественного здравоохранения
им. Т.Х.Чана
Соединенные Штаты Америки

Д-р Verdiana Morando

FS Sanita, отдел стратегии в области медицинской
помощи
Италия

Г-жа Ivi Normet

Заместитель генерального секретаря Союза врачей
Министерство социальных дел
Эстония

Д-р Miklos Szócska

Директор, Центр по подготовке в области управления
службами здравоохранения
Венгрия

Профессор Peter Smith

Имперский колледж Лондона
Соединенное Королевство Великобритании и
Северной Ирландии

Г-жа Sandra Tušar

Государственный секретарь
Министерство здравоохранения
Словения

**Бизнес-школа по вопросам здоровья при
университете Деусто, Испания****Профессор Rafael Bengoa**

Директор

Roberto Nuño-Solinís

Руководитель подразделения инноваций

Patricia Arratibel

Руководитель, Проекты, управление и координация

Joana Mora

Старший руководитель проектов

Г-жа Aida Jerez

Технические операции, логистика и планирование

**Всемирная организация
здравоохранения**

Европейское региональное бюро ВОЗ, Отдел систем
здравоохранения и охраны общественного здоровья

Г-жа Susan Ahrenst

Сотрудник по административным вопросам

Г-н Guillaume Dedet

Технический специалист, Технологии здравоохранения
и фармацевтические средства

Г-н Tamas Evetovits

И.о.руководителя, Барселонский офис по укреплению
систем здравоохранения

Д-р Elke Jakubowski

Руководитель программы, Службы общественного
здравоохранения

Д-р Hans Kluge

Директор

Приложение 3: Информационный документ

СОВЕЩАНИЕ ПО ОСУЩЕСТВЛЕНИЮ ПРЕОБРАЗОВАНИЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

МАДРИД, ИСПАНИЯ

17–18 ДЕКАБРЯ 2015 Г.

Место проведения: Бизнес-школа по вопросам здоровья при Университете Деусто, Испания

ПОДГОТОВКА КОНТЕКСТА, ВОСПРИИМЧИВОГО К ПРЕОБРАЗОВАНИЯМ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Авторы: David J Hunter, профессор, политика здравоохранения и управление, Университет Дарема, и Rafael Bengoa, директор, департамент политики в области здравоохранения, Университет Деусто

Мадридское совещание: исходная информация и цели

В ходе подготовки к совещанию Европейского регионального бюро ВОЗ в Мадриде по вопросам осуществления преобразований системы здравоохранения отделом систем здравоохранения и охраны общественного здоровья ЕРБ ВОЗ было поручено подготовить данный документ, чтобы ввести в курс дела участников совещания и предоставить им исходную информацию, необходимую для обсуждения. Кроме того, этот документ является вспомогательным инструментом, способствующим пониманию ключевых моментов проблематики и ожидаемых от совещания результатов.

Актуальность совещания не подлежит сомнению, поскольку системы здравоохранения в Европе и за ее пределами проходят этап масштабных реформ на макро-уровне. В ходе встречи во всех подробностях предстоит обсудить, *каким образом* лица, формирующие политику, продвинулись вперед и освоили новые модели медицинской помощи, а не просто описать то, чего они достигли. Особенно важной задачей является выявление тех факторов, которые способствуют процессу изменения систем, а также барьеров и препятствий, которые необходимо преодолеть на пути трансформационных изменений.

На совещании предполагается ознакомление с непосредственным опытом тех, кто осуществляет реформы на уровне политики, а также с результатами работы научных сотрудников, которые занимаются изучением этих процессов и результатов. Главным итогом совещания являются *рекомендации* на основе реального опыта для тех, кто занимается разработкой политики реформирования систем здравоохранения в других европейских странах.

Наш опыт и знакомство с фактическими данными и соответствующей литературой позволяют предположить, что реализовать и поддерживать изменения значительно труднее, чем своевременно разрабатывать крупномасштабные реформы на уровне политики, и что те, кто определяют политику, оценят практические советы и рекомендации о том, как продвигаться вперед на основе опыта успешных реформ и представлений, полученных из соответствующих научных исследований.

В связи с этим основное внимание на совещании будет уделено скорее не разработке или содержанию конкретных проектов преобразований, но *реализации* крупномасштабных изменений.

Почему лица, определяющие политику, и управленцы осуществляют крупномасштабные масштабные реформы?

В Европе существуют различные типы систем здравоохранения с точки зрения их организации и финансирования (например, система Беверидж (Beveridge), модель Бисмарка (Bismarckian), смешанные формы), однако они сталкиваются с одними и теми же проблемами и имеют ряд слабых сторон.

Все системы здравоохранения страдают от недостаточной координации оказываемой помощи, многие платят за количество, а не за качество, в каждой системе свыше 50% расходов приходится всего лишь на 5% населения (НИСМ 2012 г.). Кроме того, типичными являются проблемы в области профилактики, качества и безопасности пациентов. Как правило, пациенты с хроническими заболеваниями не получают комплексной или непрерывной медицинской помощи. Каждая из систем здравоохранения могла бы избежать и ненужных первичных и повторных госпитализаций. Вне зависимости от объемов ассигнований, будь то 8% или 17% от ВВП, ни одна система здравоохранения не достигла наилучших возможных показателей, ни одна не приблизилась к ориентированной на население модели медицинской помощи на основе профилактики и упреждения (Halfon и соавт., 2014 г.).

Все эти проблемы являются приоритетными и требуют срочного решения на уровне политики. Еще большую обеспокоенность вызывает тот факт, что системы здравоохранения функционируют в неоптимальном режиме, что требует их преобразования. Нарастающая сложность проблем, с которыми приходится сталкиваться лицам, определяющим политику, и управленцам, решающим «острые вопросы», для которых не существует простых или универсальных решений, только усиливает потребность в трансформационных изменениях (Rittel, Webber, 1973 г.).

Еще более усугубляют ситуацию такие факторы, как старение населения, внутренние издержки, опасения по поводу устойчивости в будущем, проблемы с эффективностью деятельности, ориентированностью на пациента и безопасностью пациентов. Каждый из этих вопросов весьма трудно решить на практике, но появляется все больше примеров положительного опыта: многие страны открывают для себя способы движения вперед в этих областях.

Представление о том, что различные системы имеют очень схожие проблемы, подразумевает, что во всех странах потенциально существуют общие принципы как в отношении применяемых политических рычагов, так и с точки

зрения имеющихся подходов к реализации. Это означает, что мы все можем делиться опытом и извлекать из него уроки.

Какие реформы реализуются на данном этапе?

Основные тенденции реформирования обладают рядом общих черт: комплексная медицинская помощь, расширение прав и возможностей пациентов, информационные технологии и комплексная информатика, управление знаниями, использование ценностных критериев оплаты, обеспечение здоровья населения с учетом всех этапов жизни и вовлечение в этот процесс местного сообщества. В целом, намерение состоит в том, чтобы перейти к системе, ориентированной на оптимизацию здоровья и благополучия не в меньшей степени, чем на плохое состояние здоровья и уход, что соответствует Концептуальным основам трансформации 3.0, разработанным Halfon и соавт. (2014 г.). Эта теория не предполагает, что процесс изменения сложных систем здравоохранения происходит в последовательном, линейном порядке, либо даже что он неизбежен. Комплексные системы здравоохранения постоянно видоизменяются в ответ на давление с разных сторон, в том числе реагируя на стремительно меняющуюся эпидемиологическую ситуацию, внезапные изменения политики (например, в плане прогресса на пути всеобщего охвата населения медицинской помощью), революционные научно-технические достижения и прорывные инновации, кардинально меняющие медицинскую практику.

В странах множатся инициативы в связи с каждым из этих аспектов, растет доказательная база в отношении того, что именно и почему оказывается эффективным.

Преобразования и изменения: фактические данные

Трансформационные изменения систем здравоохранения рассматриваются в качестве первоочередной задачи, если они будут внедрены и будут отличаться устойчивостью в финансовом отношении, обеспечивая высококачественную медицинскую помощь и уход, особенно в тех системах здравоохранения, где медицинские услуги предоставляются бесплатно (Hunter и соавт. 2015 г.; Lukas и соавт. 2007 г.). Поэтому неудивительно, что в большинстве европейских стран внедряются общесистемные реформы в области здравоохранения. Более того, на мезо-уровне реализуется много новых инициатив, направленных на повышение эффективности, в основе которых концепции всеобщего управления качеством (TQM), научных методов усовершенствования и снижения потерь.

Несмотря на многочисленные активные процессы изменений, реальность большинства инициатив в реализации вызывает разочарование. В зависимости от контекста, предлагаются разнообразные причины, объясняющие неутешительные результаты амбициозных проектов. Некоторые из наиболее распространенных причин таковы:

- отсутствие энтузиазма со стороны клиницистов и других сотрудников;
- импульс «большого взрыва», который со временем исчезает;
- сокращение расходов, приводящее к отсутствию или недостатку инвестиций в преобразования;
- слабый потенциал, недостаточный для внедрения преобразований;
- выгорание, «усталость от реформ», постоянные потрясения и изменение фокуса

- потеря интереса;
- слишком много изменений, слишком быстро сменяющих друг друга;
- повышение по службе или уход ответственного лица, то есть смена лидера процесса изменений:
- роль политических событий, которые могут направлять энергию в другие каналы и оказывать подрывающее действие на процесс преобразований, тем самым способствуя тому, что указанные выше причины изменений не приводят к успеху.

Исследования преобразовательных инициатив в коммерческом секторе показывают, что:

- 70% всех преобразовательных инициатив не достигают поставленных целей;
- только 30% инициатив компаний из списка «Fortune 100» привели к повышению итоговой эффективности, которая превысила капитальные затраты;
- только 28% проектов в крупных компаниях соответствуют заявленным проектным, бюджетным, временным критериям и целям.

Следовательно, все более очевидным становится тот факт, что реформирование требует управления, поэтому акцент должен быть сделан на *образе действия («каким образом»)*, то есть на процессе изменений, тогда как большинство управленцев основное внимание уделяют лишь содержанию изменений.

Таким образом, на совещании в Мадриде состоится обсуждение способов, пользуясь которыми лица, определяющие политику, смогут обеспечить создание и поддержание восприимчивого контекста, способствующего успешным преобразованиям. На то, чтобы изменения закрепились и были внедрены, требуется от 5 до 10 лет устойчивой приверженности.

Создание контекста, восприимчивого к изменениям

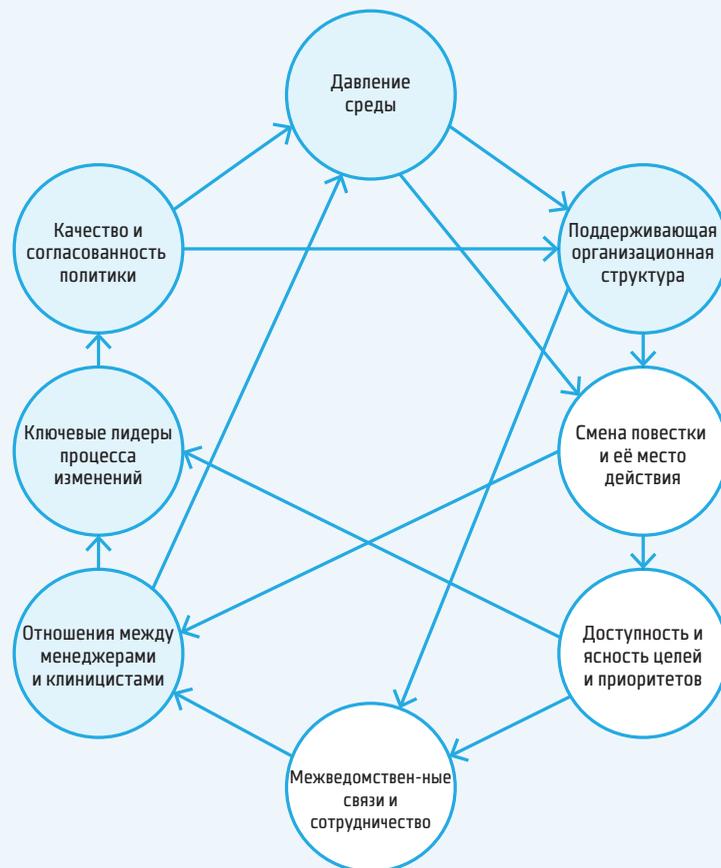
Из вышесказанного следует, что необходимо обеспечить восприимчивый к изменениям контекст, и это представляется особенно необходимым и непростым в случае крупномасштабных инициатив, происходящих в сложных условиях. Требуется поставить под сомнение неоспоримость принятых моделей мышления, норм, правил, структур, экономических интересов и социальных отношений, которые, как правило, стабилизируют системы. С одной стороны, существует потребность в некотором замораживании систем и организаций, чтобы у реформ была возможность укорениться и проявиться наиболее ярко, однако важно избегать негибкости в этих системах, когда стоит задача их преобразования. Как отмечает Kotter (1995 г.), «на самом деле, даже успешные попытки реформ не проходят гладко и полны сюрпризов».

При рассмотрении различных механизмов, в частности, восьми фаз Коттера по достижению успешных изменений (Kotter 1995 г.), мы решили принять за основу модель «контекста, восприимчивого к изменениям» Петтигрю и соавт. (Pettigrew и соавт., 1992 г., а и b) в целях структурирования дискуссии по теме трансформационных изменений и выявления факторов, способствующих и препятствующих реализации изменений (см. Рисунок 1). Мы будем пользоваться именно этой моделью по ряду причин, поскольку, как мы полагаем, она особенно хорошо подходит для наших целей.

Во-первых, эта модель позволяет охватить всю систему здравоохранения, в частности, в ней утверждается роль и значение контекста в формировании преобразований, тогда как другие модели, как правило, сосредоточены на личностях отдельных лидеров и игнорируют более широкую среду и контекст. Во-вторых, в основе модели Петтигрю лежат разработки с точки зрения модели здравоохранения, а не бизнес-модели, в отличие, например, от системы Коттера. И, в-третьих, данная модель более оптимистична и в большей степени позволяет надеяться на успех, чем те, которые акцентируют внимание на возможности провала и негативных аспектах реализации изменений, подобных перечисленным выше.

Еще одним преимуществом является то, что она является одновременно гибкой и пригодной для различных масштабов, может быть использована в Европейском регионе ВОЗ, на национальном, субнациональном и местном уровнях, а также отдельными организациями. В ней потенциально заложен общий язык, который предлагается лицам, определяющим политику, и тем, кто отвечает за реализацию реформ, на котором можно будет обсуждать трансформационные изменения и пути их воплощения.

Рис. 1. Модель контекстов, восприимчивых к изменениям



Источник: Pettigrew и соавт., 1992 г.

Модель представлена восемью факторами. Пять из них, выделенные цветом, мы считаем наиболее важными для укоренения трансформационных изменений в системах здравоохранения. Они приводятся ниже:

- давление среды;
- качество и согласованность политики;
- ключевые лидеры процесса изменений;
- поддерживающая организационная культура;
- отношения между менеджерами и клиницистами.

В совокупности эти пять факторов составят предмет последующего обсуждения, а также программу двухдневного совещания.

Фактор 1: Давление среды

Воздействие среды может играть особенно важную роль в создании условий для трансформационных изменений и в поддержании таких условий достаточно долгое время для закрепления изменений. И наоборот, если воздействие среды не способствует усилиям, направленным на реализацию изменений, оно может иметь потенциально разрушительные последствия.

Крупномасштабное давление окружающей среды может вызвать радикальные изменения, в то время как краткосрочное давление, особенно финансового характера, может приводить к неблагоприятным последствиям, таким как перенаправление либо отток энергии из системы. Внутри организаций возможны самые разные реакции на финансовые кризисы, в числе которых могут быть задержки и отказы, упадок духа, поиск виновных, издевательства и смещение менеджеров. Финансовые кризисы стоит рассматривать не только как угрозу для организации, но и как возможность радикального преобразования, которое, например, может инициировать сокращение инвестиций в неэффективные услуги или другие способы сокращения неэффективности и производственных потерь.

Едва ли не более важную роль играет политический контекст и влияние политики на формирование среды, регулирующей ширококомасштабные преобразования. Неотъемлемая роль политической жизни является характерной особенностью всех систем здравоохранения. От этого фактора зависит, насколько успешными будут изменения и каков будет их масштаб. Проблема временных задач стоит особенно остро в случае, когда избирательные циклы препятствуют долгосрочным изменениям в связи со стремлением к получению результатов в краткосрочной перспективе. Особенно наглядно это проявляется в зависимости от типа ожидаемых изменений. Структурные изменения либо изменения, требующие применения мер регулирования и/или контроля, могут происходить достаточно быстро и легко, особенно в национальных системах здравоохранения, однако для достижения культурных преобразований, направленных на изменение поведения и представлений о здоровье и благополучии, требуется значительно больше времени, и такие изменения, как правило, менее заметны. По мнению Halfon и соавт., для успешного развития Концептуальных основ трансформации 3.0 (3.0 Transformation Framework), целью которой является реализация крупномасштабной реформы системы здравоохранения,

потребуется поддерживающие меры политики, рассчитанные на более длительные перспективы (Halfon и соавт., 2014 г.). Политика, среди приоритетов которой – краткосрочные выгоды для существующих групп и организаций, более не «соответствует цели».

Фактор 2: Качество и согласованность политики

Практика показывает, что качество политики, разработанной на национальном и местном уровнях, является важным как с точки зрения аналитических перспектив, так и в процессе развития. Наличие политики, в основе которой – фактические данные и научная информация, особенно на местном уровне, весьма важно, когда нужно представить доказательства в пользу изменений, убедить в их необходимости скептически настроенный персонал, в частности, клиницистов. Наиболее успешными являются такие стратегии, в которых рассматриваются вопросы согласованности и соответствия целей, осуществимости и требований к реализации. С большей вероятностью к поддержке изменений приведет широкое концептуальное видение, нежели детальный схематический план.

Фактор 3: ключевые лидеры процесса изменений

Важно, чтобы возглавляли процесс преобразований лица, занимающие должности, имеющие решающее значение для реализации изменений. Речь не идет о героических лидерах традиционного типа, работающих в командном стиле управления и контроля, но о тех, кто осуществляют руководство более точными и тонкими способами и применяют общесистемный подход. В качестве примера можно привести выдержанных по характеру государственных служащих, работающих в рамках всей системы и являющихся лидерами процесса (Mintzberg 2006 г.; Greenleaf 1991 г.). Ключевым элементом такого руководства является построение команд на основе принципов сотрудничества и схожих подходов, для которых характерны совпадение концептуального видения и стремление добиться практического воплощения изменений.

Как это ни парадоксально, ключевым требованием с точки зрения **возможного успеха и устойчивости изменений** является стабильность эффективного руководства. Это особенно важно в случае масштабных культурных изменений, которые предполагают постоянство стремления к успеху и непрерывность. Как отмечает Berwick, «изменения на уровне культуры и постоянное улучшение происходят тогда, когда лидеры действуют правильно, транслируя приверженность общим целям, поддержку и сострадание, а также подавая пример соответствующего поведения» (Berwick, 2013 г.).

Фактор 4: Поддерживающая организационная культура

Термин «культура» весьма популярен и нередко используется чрезмерно, хотя также является непостоянной темой для изучения.

В данном контексте термин «культура» обозначает глубоко укоренившиеся установки и ценности, официальную идеологию и модели поведения, которые существуют и проявляются в организациях. Культура может препятствовать изменениям и создавать инерцию. В то же время благоприятная культура может подвергаться

сомнению устоявшиеся убеждения о том, что представляет собой успех и как его достичь. Проводниками культурных изменений могут стать лидеры. Большую роль могут играть составление общественного договора с персоналом и мотивация сотрудников. Вот основные факторы, определяющие успех в изменении культуры: совместная работа, выходящая за рамки организационных и профессиональных ниш (стирание границ); поощрение готовности к риску; открытость для исследований и оценки; здоровая база ценностей. Все системы здравоохранения представляют собой сложный набор культур, и ядром многих, хотя и не всех, инициатив, направленных на масштабные изменения, являлись попытки сформировать именно эту составляющую системы. Как писал Петтигрю (1992 г., стр. 281), «для изменения культуры нужна очень мощная энергия».

Фактор 5: Отношения между менеджерами и клиницистами

Составляющая коммуникации между менеджерами и клиницистами имеет большое значение, особенно в период быстрого изменения системы здравоохранения (Kognaski, 2015 г.). Эти отношения заметно различаются на практике, и как отмечает Kognaski, «разрыв между менеджерами и врачами – не вполне новость». Клиницисты, не поддерживающие изменения, могут оказывать мощное противодействие процессу и даже его саботировать. Очевидным представляется движение навстречу друг другу, обусловленное стремлением разобраться в культурных особенностях профессиональных сообществ и соответствующих ролей, однако это не всегда происходит естественным образом. Менеджерам необходимо погрузиться в реалии клинической практики, чтобы понять, в чем состоят приоритеты врачей. Со своей стороны врачи, занимающие основные руководящие должности, могут сыграть важную роль в том, чтобы заручиться поддержкой со стороны коллег в связи с предстоящими изменениями. Менеджеры должны находить таких людей и в целях разрешения проблем, связанных с волнением и стрессом, сопровождающими изменения, привлекать их в союзники.

Использование модели

Не стоит рассматривать эти пять аспектов восприимчивости как некий список покупок, а, скорее, нужно понимать их как сочетание связанных между собой факторов, которое можно использовать для направления и формирования процесса трансформационных изменений. Для успешной реализации изменений требуется некоторое выравнивание этих факторов. Если они тянут процесс в разные стороны, и в то же время присутствуют нестабильность и частые изменения в политике, которая нередко основана на недостаточных данных или в их отсутствие, то сохранение и поддержание успешных изменений становится еще более сложной задачей, а вероятность успеха уменьшается. Вместе с тем, даже там, где существует восприимчивый к изменениям контекст, процесс на практике остается сложным, а результаты характеризуются неопределенностью и непредсказуемостью. Петтигрю и соавт. (1992 г.) приходят к выводу о том, что «нет простого рецепта или быстрого решения в управлении сложными изменениями».

Кроме того, дело в том, что представления о восприимчивости и невосприимчивости являются динамическими, а не статическими. Как указывает Петтигрю и соавт. (1992 г., стр. 276), хотя «восприимчивые к изменениям контексты могут быть построены за счет процессов кумулятивного развития, такие процессы являются обратимыми: либо путем устранения ключевых лидеров, либо посредством необдуманных или стремительных действий». Аналогично, возможно движение от невосприимчивости к восприимчивости, на что влияет либо среда

или изменения политики на более высоких уровнях, либо деятельность специалистов и менеджеров на местном уровне.

Однако то, что действительно представляется важным и лежит в основе Мадридского совещания, – это признание и принятие того факта, что слишком часто преобразования происходят даже без намека на содержательную подготовку на основе существующего опыта и знаний, что могло бы питать инициативы изменений в будущем. Целью совещания в Мадриде является изучение вопроса о том, какие (не)формальные способы и сети могут быть созданы для поддержки современных организаторов здравоохранения в отношении преобразований системы здравоохранения посредством учета уроков прошлого, не допуская при этом «изобретения колеса» вновь и вновь. Если эти задачи будут решены, можно считать, что цели совещания в Мадриде будут достигнуты. Это также положит начало потенциальному направлению работы в Отделе систем здравоохранения и охраны общественного здоровья Европейского регионального бюро ВОЗ в целях продвижения текущей деятельности по укреплению систем здравоохранения.

Библиография

Berwick D (2013) *Improving the Safety of Patients in England*. National Advisory Group on the Safety of Patients in England. London: Department of Health

Greenleaf RK (1991) *The Servant as Leader*. Indianapolis: Robert K Greenleaf Center.

Halfon N, Long P, Chang DI, Hester J, Inkelas M and Rodgers A (2014) Applying a 3.0 transformation framework to guide large-scale health system reform, *Health Affairs* 33 (11): 2003-11.

Hunter DJ, Erskine J, Small A, McGovern T, Hicks C, Whitty P, Lugsden E (2015) Doing transformational change in the English NHS in the context of 'big bang' reorganisation, *Journal of Health Organisation and Management* 29(1): 10-24.

Kornacki MJ (2015) *A New Compact: aligning physician-organisation expectations to transform patient care*. ACHE Management Series Book.

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

Lukas C, Van D, Holmes SK, Cohen AB, Restuccia J, Cramer IE, Schwartz M and Cairns MP (2007) Transformational change in health care systems: an organisational model, *Health Care Management Review*, 32(4): 309-320.

Mintzberg H (2006) Managing quietly, *Leader to Leader*, 1999(12): 24-30.

National Institute for Health Care Management Research and Educational Foundation (2012) *The Concentration of Health Care Spending*.

Pettigrew A, Ferlie E and McKee L (1992a) *Shaping Strategic Change*. London: Sage Publications.

Pettigrew A, Ferlie E and McKee L (1992b) Shaping strategic change - The case of the NHS in the 1990s, *Public Money & Management*, 12:3: 27-31.

Rittel HWJ and Webber MM (1973) Dilemmas in a general theory of planning, *Policy Sciences*, 4(2): 155-69.

Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения является специализированным агентством Организации Объединенных Наций. Создана в 1948 году для решения вопросов, связанных с охраной здоровья на международном уровне. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных подразделений ВОЗ, существующих с мире. У каждого из них есть собственная программа, ориентированная на решение проблем в области здравоохранения того региона, который данное подразделение обслуживает.



Государства-члены

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



**Всемирная организация
здравоохранения**

Европейское региональное бюро

**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: eucontact@who.int

Website: www.euro.who.int