

# Здравоохранение и социальная защита: партнерство и взаимодействие в современном мире

Е. И. Аксенова, Н. Н. Камынина, А. А. Кравчук

ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы»

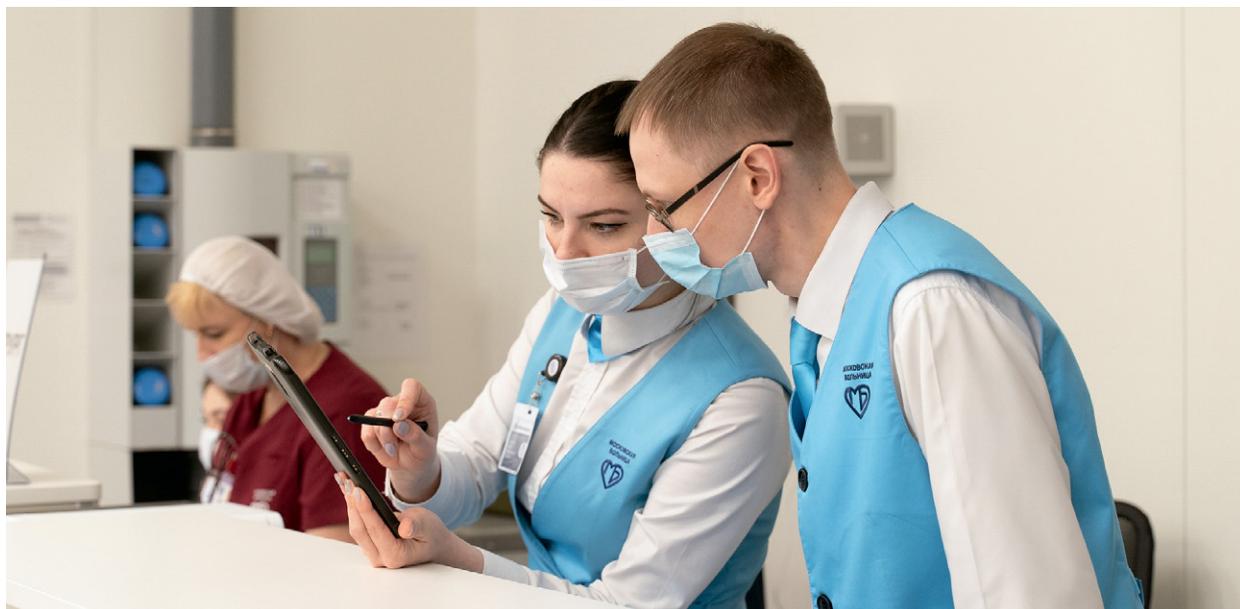


Фото: НИИОЗММ ДЗМ

*Развитие межсекторного партнерства и взаимодействия является ведущим фактором социально-экономического развития страны, региона, муниципального образования. Ни здравоохранение, ни социальная защита не могут в одиночку обеспечить гражданам равные возможности для достойной жизни. Сегодня можно говорить о том, что только интеграция и координация усилий способны сформировать эффективную работу систем здравоохранения и социальной защиты населения.*



## Эволюция сотрудничества в рамках медико-социальной помощи

Становление социальной защиты принято связывать с появлением сестер милосердия, которые во время Крымской войны помогали раненым, а в дальнейшем в мирное время — сиротам, бедным, пожилым, всем, кто нуждался в помощи.

Развитие социальной защиты как профессиональной деятельности в нашей стране началось в XX столетии. Первым документом, сформировавшим положение о социальном работнике, стал закон СССР, принятый Верховным Советом СССР в 1991 году, «Об общих началах молодежной государственной политики в СССР», где был закреплён статус социального работника для молодежи.

Позже был сформирован закон «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации» (1995), устанавливающий права граждан на социальное обслуживание, его виды и их содержание, и также выпущен закон «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» (1995). В современной России социальная защита населения — это целый комплекс мер, направленный на обеспечение оптимальных условий жизни. Деятельность органов социальной защиты населения поделена на четыре направления: дети, семья, трудоспособное население, нетрудоспособные граждане.

Интеграционные процессы межведомственного взаимодействия в Российской Федерации и городе Москве в настоящее время имеют институциональную основу, заложенную органами государственного управления.

## Интеграция систем здравоохранения и социальной защиты: подходы, стратегии, модели

Интеграционные процессы межведомственного взаимодействия в Российской Федерации и городе Москве в настоящее время имеют институциональную основу, заложенную органами государственного управления. Взаимодействие ведомств регламентируется нормативными документами. Однако имеющаяся нормативная база пока не полна и нуждается в развитии, особенно в части интеграции информационных технологий и ведомственных баз данных.

Интеграция и дезинтеграция структур — это естественные процессы, имеющие циклический характер. Как интеграция, так и дезинтеграция на разных этапах развития системы несут в себе определенные преимущества, имеют и негативные, и позитивные последствия. Одной из наиболее важных проблем взаимодействия ведомств в настоящее

время является их информационная обособленность.

Формально общность ведомственных структур может проявляться в создании надведомственных органов координации, планирования и контроля — это интеграционные механизмы организационного типа. На первый план выходит интеграция процессов, позволяющая мягко объединять деятельность многочисленных субъектов разных ведомств, а также в пределах одного ведомства.

Внутри каждого ведомства — по всей административной вертикали, вплоть до линейных подразделений — функционирует ряд взаимосвязанных подсистем: операционная, управляющая, инжиниринговая, подсистема обеспечения и инфраструктуры. Для их слаженной работы необходимы интеграционные

**ВЫСОКАЯ СТЕПЕНЬ ВОВЛЕЧЕННОСТИ СОТРУДНИКОВ СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ В РАБОТУ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПОМОГАЕТ ВЫВЕСТИ КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В МОСКВЕ НА НОВЫЙ УРОВЕНЬ**

Контингент организаций здравоохранения, образования и социального обслуживания во многом совпадает. Создание межведомственного хранилища позволит консолидировать данные из разных источников и получить наиболее полную картину.

механизмы внутри- и межведомственного взаимодействия. Такие механизмы нацелены не столько на организационное объединение структур, сколько на интеграцию информационных процессов, баз данных, корпоративных знаний.

Основные функции механизма состоят в консолидации данных, преобразовании их в знания, необходимые для принятия обоснованных решений в рамках каждого из действующих институтов и их совокупности, с получением эффекта синергии. Основным результат

действия механизма взаимодействия — интегрированная база знаний, имеющая межведомственный характер.

Контингент организаций здравоохранения, образования и социального обслуживания во многом совпадает. Обособленные ведомственные базы данных о разных аспектах жизнедеятельности одних и тех же людей постоянно растут в числе, расширяются. Создание и функционирование межведомственного хранилища позволит консолидировать данные о контингенте из разных источников.

## Концептуализация интеграции здравоохранения

Первый серьезный подход к концептуализации интеграции здравоохранения содержится в работах Николая Александровича Семашко — первого наркома советского здравоохранения. В модели Семашко (именно так в западной литературе характеризуется российская система здравоохранения) выделяются следующие важнейшие элементы модели интегрированной медицинской помощи:

- участковый принцип оказания медицинской помощи, ответственность участкового врача за состояние здоровья постоянно наблюдаемого населения;
- принцип совместной работы врачей различных специальностей в рамках поликлиники;
- многоуровневая система оказания медицинской помощи и определение «маршрутов» движения пациентов по уровням оказания медицинской помощи;
- формирование информационного взаимодействия между медицинскими службами.

Главным интегратором в модели Семашко является участковый врач, который не только лечит сам, но и организует и координирует

медицинскую помощь на других этапах ее оказания. Он осуществляет постоянное наблюдение за населением своего участка, обеспечивает преемственность лечения на разных его этапах. Многоуровневая организация медицинской помощи и координирующая функция участкового врача — эти центральные идеи теоретической модели Семашко легли в основу системы здравоохранения, которая вплоть до 70-х годов прошлого века функционировала как интегрированная и продемонстрировала достаточно высокую эффективность в борьбе с относительно несложными заболеваниями при крайне низком финансировании здравоохранения. В современной западной литературе выделяются сходные и дополнительные характеристики интеграции здравоохранения применительно к разным его системам. Для особенно фрагментированной системы здравоохранения США известный американский экономист А. Энтховен выделяет следующие атрибуты интегрированных систем:

- командная работа, ориентированная на связи с другими звеньями оказания медицинской помощи, и достижение конечного результата ведения больного;

**ОСНОВНОЙ РЕЗУЛЬТАТ РАБОТЫ МЕХАНИЗМА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ — ИНТЕГРИРОВАННАЯ  
БАЗА ЗНАНИЙ, ИМЕЮЩАЯ МЕЖВЕДОМСТВЕННЫЙ ХАРАКТЕР**



## УЧАСТКОВЫЙ ВРАЧ ДЕЙСТВУЕТ КАК АГЕНТ ПАЦИЕНТА, СВЯЗЫВАЯ РАЗЛИЧНЫЕ СФЕРЫ И УРОВНИ СЛОЖНОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



Фото: mos.ru

- координация и обмен информацией между врачами разных специальностей;
- измерение деятельности отдельных служб и отчетность по результатам;
- ведение учета движения пациента по поставщикам услуг, а также состояния больного и объема полученных им услуг.

Кроме того, наиболее важными характеристиками интеграции считаются:

- ответственность группы поставщиков медицинских услуг за определенное население (по сути, в этом заключается главная идея Семашко);
- работа на основе фиксированного бюджета, что создает стимулы к поиску внутрисистемных источников экономии;
- введение в систему интегратора — медицинской организации, берущей на себя ответственность за оказание медицинской

помощи для определенных групп населения;

- постоянная коммуникация с хроническими больными;
- переход от индивидуальной врачебной практики к коллективным формам оказания первичной помощи — с привлечением узких специалистов и тесной кооперацией с больничными службами.

К этому можно добавить более тесные связи между амбулаторным врачом и больницей и интегрированные методы оплаты медицинской помощи, основанные на возмещении не отдельной услуги, а комплекса взаимосвязанных услуг. Особую роль играет врач общей практики, который направляет пациентов к узким специалистам и на госпитализацию (в противовес модели прямого обращения к специалисту). Такой врач действует как агент пациента, организуя

▲  
Участковый врач в определенной мере оказывает как медицинскую, так и медико-социальную помощь

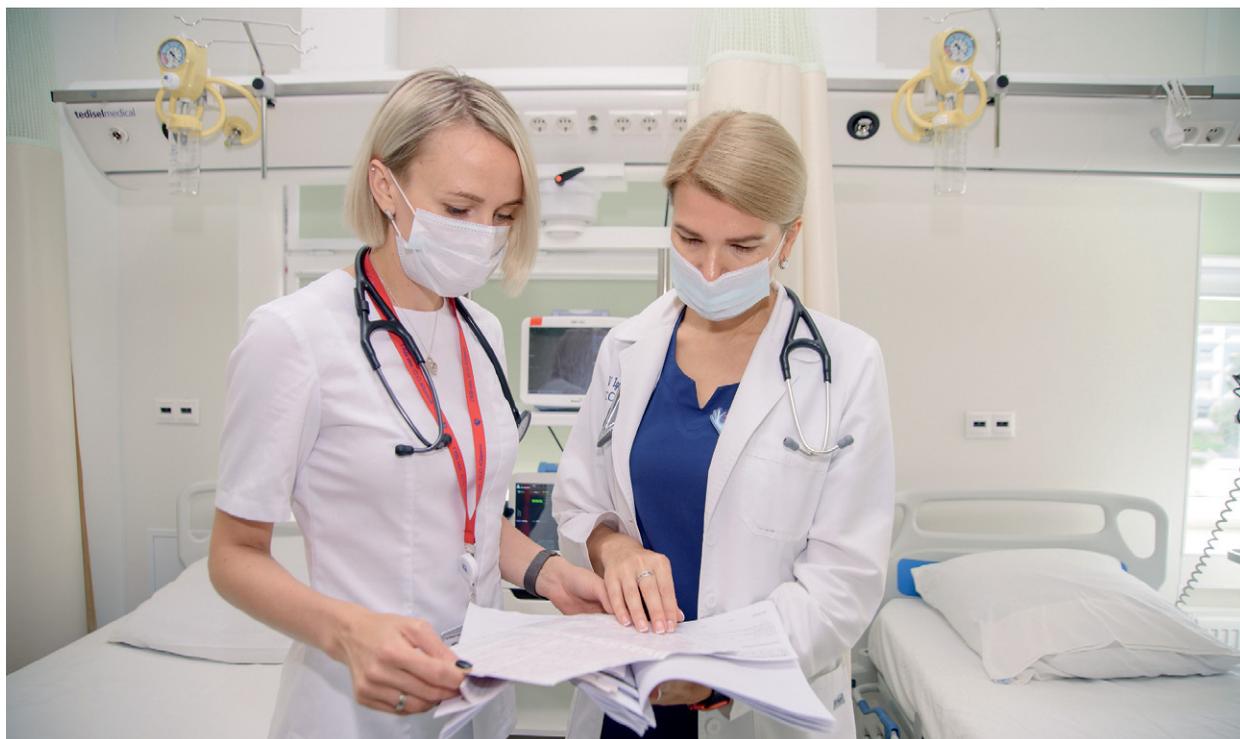


Фото: НИИОЗММ ДЗМ

## МОДЕЛЬ ИНТЕГРАЦИИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВКЛЮЧАЕТ ТРИ ГЛАВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ: СОВМЕСТНАЯ РАБОТА РАЗЛИЧНЫХ СЛУЖБ, КООРДИНАЦИЯ ДЕЙСТВИЙ, ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ

▲ Обмен информацией обеспечивает устойчивые связи между различными поставщиками медицинских услуг, интегрирует разные этапы оказания медицинской помощи

медико-технологические связи в многоуровневой системе здравоохранения.

Таким образом, если основываться на идеях Семашко и некоторых западных работах, можно предложить использовать аналитическую модель интеграции здравоохранения, призванную дать основу для эмпирических оценок уровня интеграции системы здравоохранения. Эта модель включает три главные характеристики интеграции, каковыми являются:

- 1) совместная работа различных служб,
- 2) координация действий,
- 3) преемственность оказания медицинской помощи.

Эти характеристики наиболее полно отражают процесс интеграции. Формируются междисциплинарные группы поставщиков медицинских услуг, работающие на основе общих

клинических рекомендаций. Они взаимодействуют между собой для достижения более высокого клинического результата, каждый этап ведения пациента увязывается с предыдущим и последующим.

Обмен информацией обеспечивает устойчивые связи между различными поставщиками медицинских услуг, интегрирует разные этапы оказания медицинской помощи, позволяет избежать дублирования диагностических исследований, создает условия для взаимодействия между врачами и пациентами. Интегрированные методы оплаты медицинской помощи позволяют создать экономические стимулы для совместной работы, обеспечивают преемственность лечения. Общие клинические рекомендации определяют правила клинической работы и маршруты пациентов в многоуровневой системе оказания медицинской помощи. **М**