

© БУДАРИН С.С., 2023

Бударин С.С.

Предпосылки и практика внедрения интегрированных систем медицинского обслуживания в Англии

ГБУ города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, Москва, Россия

Введение. Внедрение новых концептуальных подходов к охране здоровья населения является трендом реформирования общественного здравоохранения в России и европейских странах. Успех реализации политики общественного здоровья в России зависит как от развития собственных идей и их внедрения, так и от изучения и использования опыта зарубежных стран. Например, в Англии в последнее десятилетие в рамках реформирования системы общественного здравоохранения активно развивалась идея создания интегрированных систем медицинского обслуживания (ICS), и опыт её внедрения представляет практический интерес для российского здравоохранения.

Цель. Изучить опыт Англии по ICS и проанализировать возможность использования в России её отдельных элементов.

Материал и методы. Исследование проведено на основе комплексного изучения открытых отчётных данных Департамента здравоохранения и социального обеспечения Англии, Национальной службы здравоохранения и Национального управления аудита Англии, а также научных публикаций на тему интегрированных систем управления общественным здоровьем.

Результаты. Развитие интегрированных систем управления общественным здоровьем является трендом в мировой практике и способствует улучшению показателей здоровья населения. Изучение опыта внедрения ICS в Англии показало наличие ряда рисков при его внедрении.

Ограничение исследования. Результаты исследования применимы к системе медицинского обслуживания в Англии.

Выводы. Неудовлетворённость уровнем организации и финансирования системы здравоохранения в Англии послужила толчком к началу реформ, способствующих улучшению организации медицинской помощи населению и внедрению ICS. Анализ аудиторов Национального управления аудита Англии позволил выявить основные риски успешности внедрения ICS. Изучение опыта внедрения ICS является полезным для использования в ходе реализации российских национальных проектов в сфере здравоохранения и демографии.

Ключевые слова: общественное здоровье; интегрированные системы; финансовые ресурсы; показатели здоровья населения; здоровый образ жизни; профилактика; влияние COVID-19

Соблюдение этических стандартов. Заключение комитета по биомедицинской этике не требуется.

Для цитирования: Бударин С.С. Предпосылки и практика внедрения интегрированных систем медицинского обслуживания в Англии. *Здравоохранение Российской Федерации.* 2023; 67(5): 389–396. <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2023-67-5-389-396> <https://elibrary.ru/kcfzkd>

Для корреспонденции: Бударин Сергей Сергеевич, доктор экон. наук, вед. науч. сотр. ГБУ города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, Москва. E-mail: budarinSS@zdrav.mos.ru

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

Поступила 15.08.2023

Принята в печать 23.08.2023

Опубликована 03.11.2023

© BUDARIN S.S., 2023

Sergey S. Budarin

Prerequisites and practice of introducing integrated systems of medical care in England

Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, Moscow, 115088, Russian Federation

The introduction of new conceptual approaches to public health protection is a trend of public health reform in Russia and European countries. The success of the implementation of public health policy in Russia depends both on the development of their own ideas and their implementation, on the study and use of the experience of foreign countries. For example, in England in the last decade, as part of the reform of the public health system, the idea of creating integrated medical care systems (ICS) has been actively developing and the experience of its implementation is of practical interest for Russian healthcare.

Goal. To study the experience of England in implementing integrated medical care systems and analyze the possibility of using its individual elements in Russia.

Materials and methods. The study was conducted on the basis of a comprehensive study of open reporting data of the Department of Health and Social Security of England, the National Health Service and the National Audit Office of England (NAO), as well as scientific reports on integrated public health management systems.

Results. The development of integrated public health management systems being a trend in world practice, contributes to the improvement of public health indicators. The study of the experience of implementing ICS in England showed the presence of a number of risks during its implementation.

Limitations. When conducting research, there were no restrictions that could influence the preparation of the article.

Conclusions. Dissatisfaction with the level of management and financing of the healthcare system in England served as an impetus for the start of reforms that contribute to improving the management of medical care to the population, and the introduction of integrated medical care systems. The analysis of the NAO auditors revealed the main risks of the success of the ICS implementation. Studying the experience of implementing ICS is useful for use in the implementation of Russian national projects in the field of healthcare and demography.

Keywords: *public health; integrated systems; financial resources; population health indicators; healthy lifestyle; prevention; impact of COVID-19*

Compliance with ethical standards. The opinion of the biomedical ethics committee is required.

For citation: Budarin S.S. Prerequisites and practice of introducing integrated systems of medical care in England. *Zdravookhranenie Rossiiskoi Federatsii (Health Care of the Russian Federation, Russian journal)*. 2023; 67(5): 389–396. <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2023-67-5-389-396> <https://elibrary.ru/kcfzkd> (in Russian)

For correspondents: *Sergey S. Budarin*, MD, PhD, DSci., leading researcher of the Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, Moscow, 115088, Russian Federation. E-mail: budarinss@zdrav.mos.ru

Information about the author:

Budarin S.S., <https://orcid.org/0000-0003-2757-5333>

Acknowledgment. The study was not sponsored.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Received: August 15, 2023

Accepted: August 23, 2023

Published: November 3, 2023

Введение

Внедрение новых концептуальных подходов к охране здоровья населения является трендом реформирования общественного здравоохранения в России и европейских странах. Ориентация здравоохранения на сбалансированность целей и действий по их достижению находится в фокусе проведения реформ. Повышение результативности системы здравоохранения напрямую связывается с качеством жизни и состоянием здоровья человека. Обеспечение равной доступности к медицинской помощи независимо от социального статуса человека, удовлетворение его санитарно-гигиенических потребностей, соблюдение принципов справедливого финансирования системы здравоохранения характеризуют способность достигать поставленные цели [1].

Анализ практики развития систем здравоохранения и демографической структуры общества в разных странах показывает, что укрепление здоровья населения относится к задачам, которые рекомендуется решать не только органам здравоохранения, но и другим ведомствам. Здоровье является стержневым фактором качества жизни человека и главным ресурсом социально-экономического развития государства. Исследования российских и зарубежных ученых показывают, что на качество и доступность медицинской помощи оказывает влияние объём финансирования системы здравоохранения, но при определённых условиях (свыше 12% валового внутреннего продукта) корреляция с конечными показателями эффективности здравоохранения заметно снижается и не оказывает значительного влияния на уровень здоровья населения. Это свидетельствует о том, что традиционная система здравоохранения имеет свои ограничения в развитии и требуется более масштабное реформирование сферы общественного здравоохранения [2].

По мнению специалистов, на состояние здоровья человека влияет ряд факторов, которые не относятся к сфере здравоохранения (генетические предпосылки, образ жизни, окружающая среда, социально-экономический статус и др.), поэтому политика общественного здравоохранения не должна рассматриваться как политика только одного министерства, а должна объединять усилия многих ведомств.

Практика развития систем охраны здоровья в большинстве развитых стран показывает, что наряду с инвестициями в систему оказания медицинской помощи необходимо инвестировать в систему предупреждения заболеваний, их профилактику, но для этого требуется координация действий всего общества [3]. Одним из примеров развития данного направления является Англия, где в последнее десятилетие в рамках реформирования системы общественного здравоохранения активно развивалась идея создания интегрированных систем медицинского обслуживания (ICS)¹ [4, 5], которая нашла окончательное выражение в законе о здравоохранении в 2022 г.² ICS объединяет усилия и ресурсы органов здравоохранения, местных органов власти и других организаций, заинтересованных в развитии системы общественного здоровья в Англии.

Изучение и анализ механизма деятельности ICS в Англии, перспективы ее внедрения представляют интерес для разработки мер по совершенствованию российской системы здравоохранения и достижению целевых показателей общественного здоровья.

¹ Designing integrated care systems (ICSs) in England: Guidance. URL: <https://www.england.nhs.uk/publication/designing-integrated-care-systems-icss-in-england/> (дата обращения: 25.09.2023).

² Health and Care Act 2022. URL: <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2022/31/contents/enacted> (дата обращения: 25.09.2023).

Цель исследования — изучить опыт Англии по ICS и проанализировать возможность использования в России её отдельных элементов.

Материал и методы

Исследование проводилось в рамках работы по научной теме «Инновационные подходы в развитии системы общественного здравоохранения города Москвы» в НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ в 2023 г.

Выбор Англии в качестве объекта для изучения опыта внедрения интегральной системы медицинского обслуживания обусловлен наличием в стране государственной системы здравоохранения, что позволяет в лучшей степени адаптировать наиболее интересные и полезные методические подходы к её внедрению для применения в России. В качестве источников информации использовались отчётные данные Департамента здравоохранения и социального обеспечения Англии (DHSC³), Национальной службы здравоохранения (NHS⁴), Национального управления аудита Англии (NAO⁵), а также научные публикации на тему интегрированных систем управления общественным здоровьем.

Результаты кабинетных исследований

Базовые показатели здоровья населения определены в документах Всемирной организации здравоохранения, которые отражают политику достижения целей устойчивого развития (ЦУР) общества; создан единый механизм мониторинга, который позволяет сравнивать состояние здоровья населения в разных странах.

Каждая из стран имеет право самостоятельно формировать перечень основных показателей. Так, в России к показателям ЦУР отнесены ожидаемая продолжительность жизни при рождении и число лет здоровой жизни, которые отражают качество жизни населения и его здоровье; показатели материнской и младенческой смертности. Отдельное внимание уделяется показателям смертности от четырех основных групп неинфекционных заболеваний, рекомендованным ВОЗ (заболевания сердечно-сосудистой системы, злокачественные новообразования, хронические респираторные заболевания, сахарный диабет) и включённым в государственные программы развития здравоохранения на федеральном и региональном уровнях. Кроме того, в качестве индикаторов достижения ЦУР используются данные о распространённости в стране употребления табака лицами старше 15 лет, показатель употребления населением алкоголя, физической активности населения и соблюдение режима полноценного и сбалансированного питания [6].

В России профилактика неинфекционных заболеваний является одним из ключевых направлений развития общественного здоровья. Она проводится как на индивидуальном, так и на групповом и популяционном уровнях. В организации мероприятий по профилактике участвуют

не только органы здравоохранения, но и органы самоуправления, образовательные и физкультурно-спортивные организации, поощряется участие работодателей, общественных объединений и волонтеров [7].

В Москве в рамках развития системы общественного здравоохранения реализуется трёхуровневая модель профилактики неинфекционных заболеваний. Её важным элементом является первый (популяционный) уровень, на котором в рамках межведомственного взаимодействия осуществляется разработка системы мер, направленных на формирование у населения приверженности здоровому образу жизни. В рамках региональной программы укрепления общественного здоровья для каждого административного округа разработаны и внедряются 5-летние муниципальные программы укрепления общественного здоровья [8, 9].

Улучшение общественного здоровья требует активизации различных направлений социально-экономического развития государства. В качестве основных рекомендаций эксперты предлагают увеличение финансирования и эффективности здравоохранения, повышение реальных доходов населения, принятие мер по борьбе с алкоголизмом, курением, наркоманией и другими асоциальными привычками населения. Одновременно требуется усиление борьбы с преступностью и криминогенной обстановкой, развитие сферы образования, физкультуры и спорта, активных видов отдыха [10].

Успех реализации политики общественного здоровья в России зависит как от развития собственных идей и их внедрения, так и от изучения аналогичного опыта зарубежных стран, адаптации лучших образцов для применения у себя в стране.

Англии является страной, в которой постоянно развивается и модернизируется государственная система здравоохранения. Оценка здоровья населения, доступности и качества медицинской помощи в многочисленных дискуссиях на парламентском уровне, органов управления здравоохранением, в медицинской среде и в обществе, особенно в период распространения COVID-19, показала необходимость рассматривать общественное здоровье значительно шире, чем это предусмотрено действующим законом о здравоохранении [11, 12]. В 2022 г. приняты изменения в законодательство, которые позволили внедрить новую модель оказания населению медицинской помощи — интегрированную систему медицинского обслуживания (ICS).

Основные характеристики интегрированных систем медицинского обслуживания

ICS являются организациями, которые объединяют NHS, местные органы власти и другие партнёрские организации в целях совместного планирования и предоставления комплексных услуг, способствующих улучшению здоровья населения. В настоящее время в Англии действуют 42 ICS, каждая из которых обслуживает от 0,5 до 3,5 млн человек. Основные цели ICS сформулированы следующим образом:

- улучшение результатов в области охраны здоровья населения и медицинского обслуживания;
- устранение неравенства для населения в доступности медицинской помощи и результатов её оказания;
- повышение эффективности медицинских и социальных услуг исходя из соотношения цены и качества;
- содействие социально-экономическому развитию NHS.

³ Department of Health & Social Care. URL: <https://www.gov.uk/government/organisations/department-of-health-and-social-care> (дата обращения: 25.09.2023).

⁴ National Health Service. URL: <https://www.nhs.uk/> (дата обращения: 25.09.2023).

⁵ National Audit Office. Introducing Integrated Care Systems: joining up local services to improve health outcomes. 14.10.2022. URL: <https://www.nao.org.uk/reports/introducing-integrated-care-systems-joining-up-local-services-to-improve-health-outcomes/> (дата обращения: 25.09.2023).

На территории, входящей в зону обслуживания ICS, органы NHS и местные органы власти объединяют свои усилия и ресурсы, чтобы сформировать два общесистемных органа управления:

- Совет по комплексному медицинскому обслуживанию (ICB) — является органом NHS, в состав которого входят члены, назначаемые фондами NHS, поставщиками первичных медицинских услуг и местными органами власти. ICB финансируется NHS England (NHSE) с целью обеспечения населения медицинскими услугами на территории соответствующего ICS;
- Партнерство по комплексному медицинскому обслуживанию (ICP) — это комитет, который создаётся ICB совместно с местными органами власти на территории ICS и другими приглашенными организациями. ICP разрабатывает Стратегию комплексного медицинского обслуживания, которая определяет, каким образом ICB, местные органы власти и NHSE должны обеспечивать потребности местного населения в медицинских и социальных услугах.

В целях обеспечения контроля и надзора за результатами деятельности ICS разработаны показатели эффективности, которые объединены в 6 основных групп:

- качество медицинского обслуживания;
 - доступность;
 - результативность;
 - эффективность мер по предотвращению ухудшения здоровья населения;
 - качество управления, кадровое обеспечение;
 - финансовое обеспечение.
- Контроль и надзор осуществляют:
- DHSC;
 - NHSE;
 - Комиссия по качеству медицинской помощи (CQC).

Изначально реформирование системы здравоохранения сталкивалось с элементами критики и оценкой рисков реализации нового государственного проекта в сфере здравоохранения. Указывалось, что новая структура рискует оказаться сложной и расплывчатой, а взаимоотношения между поставщиками услуг NHS и вновь создаваемыми советами ICB до конца не определены [13].

По задумке авторов реформ, внедрение ICS предназначено для обеспечения интеграции деятельности служб NHS, работающих на разных территориях, но предоставляющих аналогичные услуги. Реализацию этого процесса планируется осуществлять через организацию:

- сети первичной медико-санитарной помощи (PCN);
- сотрудничества с поставщиками медицинских и социальных услуг.

В PCN входят кабинеты врачей общей практики, службы общественного здравоохранения, охраны психического здоровья, социальной помощи, аптеки и другие службы местных органов здравоохранения и социального обеспечения. В Англии насчитывается свыше 1250 PCN, и каждое из них обслуживает от 30 до 50 тыс. человек. PCN является общественным органом, но его члены могут создавать юридические лица для предоставления широкого спектра медицинских услуг.

Организация сотрудничества с поставщиками — это партнёрские отношения с участием двух или более объединений медицинских организаций NHS, работающих на разных территориях или с разными ICS, которые необходимы для планирования и предоставления услуг для населения с целью скоординированного принятия решений и получения преимуществ от расширения масштабов деятельности.

В NHSE установлены показатели эффективности деятельности ICB и NHS. Контроль и надзор за выполнением показателей эффективности, характеризующих состояние здоровья населения и уровень неравенства медицинского обслуживания, а также качество мероприятий, проводимых NHS (скрининг, вакцинация, ведение хронических заболеваний у пациентов и др.), осуществляются с помощью системы надзора NHSE. Однако, по мнению высшего органа финансового контроля и аудита Англии — NAO, внимательно изучающего процессы реформирования системы здравоохранения [14], отсутствует точное распределение ответственности между ICB и NHS в решении задач, поставленных DHSC, что затрудняет оценку вклада ICB в выполнение показателей эффективности.

В рамках реорганизации системы здравоохранения скорректированы полномочия и функции CQC, которой предписывается обеспечение независимого надзора за деятельностью ICS и информирование NHSE о необходимости принятия мер регулятивного характера. Надзорные функции касаются качества управления, процессов интеграции, качества и безопасности оказываемых услуг.

При этом, в отличие от надзора по отношению к поставщикам медицинских услуг и социального обслуживания, на ICS не распространяются прямые правоприменительные полномочия CQC и основное внимание сосредоточено на мониторинге, отчётности и аналитических оценках. Существующие обязанности CQC по контролю деятельности поставщиков медицинских услуг и социального обслуживания, входящих в состав ICS, медицинских организаций и врачей общей практики, остаются неизменными.

Финансирование деятельности ICS

Важным аспектом реорганизации управления в сфере здравоохранения является стабилизация финансового положения системы, особенно в постковидный период. В 2020–2021 гг. в связи с пандемией COVID-19 выделялось дополнительное финансирование для оказания своевременной и качественной медицинской помощи в условиях увеличенной нагрузки на всю систему здравоохранения Англии.

Анализ финансового положения NHSE, проведённый аудиторами NAO⁶, показал, что для 98% NHS финансовых средств в 2022–2023 гг. будет недостаточно в связи со значительным инфляционным давлением, при этом 86% NHS не смогут сбалансировать свои доходы и расходы. И это несмотря на то, что в 2022 г. NHSE дополнительно выделила региональным NHS 1,5 млрд фунтов стерлингов на покрытие более высокой, чем ожидалось, инфляции. Таким образом, изначально существуют риски недостаточности финансового обеспечения деятельности ICS.

Следует отметить, что и до пандемии COVID-19 в системе здравоохранения Англии наблюдался дефицит финансовых средств, хотя существовали планы по ежегодному увеличению ассигнований для NHS. В 2019–2020 гг., в последнем финансовом году перед принятием чрезвычайных мер в ответ на пандемию COVID-19, в бюджет NHSE

⁶ National Audit Office. Introducing Integrated Care Systems: joining up local services to improve health outcomes. 14.10.2022. URL: <https://www.nao.org.uk/reports/introducing-integrated-care-systems-joining-up-local-services-to-improve-health-outcomes/> (дата обращения: 25.09.2023).

было направлено 125,4 млрд фунтов стерлингов для обеспечения медицинской деятельности, включая оказание дорогостоящих и некоторых специализированных услуг первичной медико-санитарной помощи. Органы NHS демонстрировали значительные и постоянные признаки финансового стресса, четверть организаций испытывали дефицит, в результате чего сумма совокупного дефицита составила 667 млн фунтов стерлингов. Из 226 объединений медицинских организаций (трастов) NHS 53 (23%) потратили больше, чем получили. Общий дефицит финансовых средств составил 990 млн фунтов стерлингов, а два траста NHS имели дефицит более 100 млн фунтов стерлингов.

Реформирование системы здравоохранения Англии предполагает, что ICB и их организации-члены будут совместно работать над распределением ресурсов в рамках интегрированной системы, а NHSE и другие органы, такие как CQC, сохранят за собой контрольно-надзорные и регулятивные функции. Однако существует риск, что по-прежнему будут существовать проблемы, которые невозможно эффективно решить на местном уровне и которые потребуют вмешательства NHSE. На трасты NHS с дефицитом накладываются более строгие обязательства по соблюдению финансовых условий, что, с одной стороны, сдерживает степень увеличения дефицита, а с другой — ограничивает гибкость трастов NHS в принятии мер и решений по устранению причин дефицита. По мнению специалистов, опрошенных аудиторами NAO, ожидается, что из 42 ICB, входящих в ICS, в 2022–2023 гг. только 6 ICB планируют дефицит, при этом 6 планируют профицит, а остальные 30 планируют обеспечить сбалансированный бюджет.

Кадровое и инвестиционное обеспечение ICS

Достижение целевых показателей эффективности деятельности системы здравоохранения невозможно без соответствующего кадрового обеспечения, поэтому вопрос закрытия вакансий на различных должностях медицинского персонала рассматривается как стратегический. В середине 2022 г. доля вакансий в системе здравоохранения составляла около 10% и колебалась в зависимости от регионального NHS от 4% до 12%.

Предполагается, что создание ICS позволит объединить ряд функций по оказанию медицинской помощи и социальных услуг, что будет способствовать повышению эффективности деятельности системы здравоохранения и позволит улучшить координацию отдельных процессов, связанных с кадровым обеспечением.

NHSE устанавливает целевые показатели по соблюдению рекомендаций относительно уровня заработной платы медицинского персонала, которые будут действовать наряду с обязательными требованиями по предоставлению услуг в рамках национального контракта. В 2023 г. Организация медицинского образования включена в NHSE и будет отвечать за определение потребности в количестве учебных мест для обучения врачей и медицинских сестёр.

Отдельным направлением реформирования является реализация планов по развитию инфраструктуры системы здравоохранения, ремонту помещений и зданий. Нереализованные потребности в этом вопросе составили к 2022 г. более 9 млрд фунтов стерлингов. Особое внимание при реализации реформы уделено инвестициям в цифровую трансформацию.

Перспективы достижения целевых показателей за счёт внедрения ICS

Распространение пандемии COVID-19 значительно отразилось на организации медицинского обслуживания населения [15]. Если до начала пандемии число пациентов, ожидающих плановую медицинскую помощь, составляло 4,2 млн человек, то в январе 2022 г. оно выросло до 6,1 млн человек, а к середине 2022 г. увеличилось до 6,7 млн человек. Согласно критериям эффективности обеспечения доступности медицинской помощи, в течение 18 нед 92% пациентов, находящихся в списке ожидания, должны начать лечение (осмотрены специалистом) и исключены из списка ожидания. В июле 2020 г. этот показатель составлял 46,8%, а в середине 2022 г. вырос до 62,2%, но так и не достиг целевого значения показателя. При этом в зависимости от региона доля пациентов, начавших лечение в течение 18 нед с даты включения в лист ожидания, составляла 50–75%.

Меры по реформированию системы здравоохранения и снижению влияния пандемии на организацию планового медицинского обслуживания должны улучшить значение этого показателя, однако достижение его целевого значения в значительной степени будет зависеть от таких факторов, как кадровое, материально-техническое и финансовое обеспечение ICS.

Выборочный анализ по ключевым показателям общественного здоровья, на основе данных статистической отчётности Англии⁷, показывает разнонаправленность в достижении целевых значений. По некоторым из них зафиксирован прогресс, например, по показателю «смертность от рака в возрасте до 75 лет», в то время как в других, таких как «уровень ожирения», — ухудшение. В зависимости от ICS наблюдаются различия в значениях некоторых показателей, и их диапазон показывает значительное отклонение от средних по стране. Например, значения показателя «смертность от рака в возрасте до 75 лет» варьируют в зависимости от ICS от 102 до 152 случаев на 100 000 человек по сравнению со средним значением по стране 125 случаев. Та же ситуация в отношении показателя «смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в возрасте до 75 лет», значения которого — 22–152 случая на 100 000 человек (среднее значение по стране — 74 случая). Масштабы этих различий означают, что некоторым ICS предстоит ещё многое сделать для улучшения результатов, характеризующих здоровье населения, и это будет отражаться в документах при разработке индивидуальных приоритетов и рабочих программ.

В рамках своих полномочий NHSE использует различные формы профилактической деятельности и финансирует отдельные мероприятия, но уровень финансирования этих мероприятий значительно ниже, чем объём финансирования мероприятий для достижения других целей ICS. На 2022–2023 гг. NHSE выделит 42 ICS лишь 27 млн фунтов стерлингов на реализацию мероприятий по снижению уровня употребления табака (первичная профилактика) и еще 70 млн фунтов стерлингов на обследования лёгких у граждан (вторичная профилактика).

Методы оценки рисков позволяют предусмотреть с определённой долей вероятности реализацию запланированных мероприятий и достижение целевых значений показателей.

⁷ Statistical work areas. URL: <https://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/> (дата обращения: 25.09.2023).

Базовые показатели и ведомства, ответственные за достижение результатов

Baseline indicators and agencies responsible for achieving results

Фактор Factor	Показатель Indicator	Ведомство Agency
Поведенческие факторы Health behaviours	Употребление табака Tobacco use	DHSC, DLUHC, HMRC
	Диета и физические упражнения Diet and physical exercises	BEIS, DCMS, Defra, DfT, DHSC, DLUHC, MoJ
	Употребление алкоголя и наркотиков Alcohol and drugs use	DHSC, DLUHC, DWP, HMRC, MoJ
	Сексуальная активность Sexual activity	DfE, DHSC
Медицинская помощь Clinical care	Доступность медицинской помощи Access to care	DHSC, HMRC
	Качество медицинской помощи Quality of health care	DHSC
Социальные и экономические факторы Social and economic factors	Образование Education	DfE, MoJ
	Занятость Employment	BEIS, DWP
	Доход Income	DWP, HMRC, HMT
	Семейная и социальная поддержка Family and social support	DCMS, DfE, DWP
Окружающая среда Physical environment	Общественная безопасность Community safety	DLUHC, HO, MoJ
	Качество воздуха и воды Air and water quality	Defra
	Жильё и транспорт Housing and transit	DfT, DLUHC, MoJ

Примечание. DLUHC — Департамент повышения уровня, жилищного строительства и общин; HMRC — Налоговое и таможенное управление Её Величества; BEIS — Департамент бизнеса, энергетики и промышленной стратегии; DCMS — Департамент цифровых технологий, культуры, СМИ и спорта; Defra — Департамент окружающей среды, продовольствия и сельского хозяйства; DfT — Департамент транспорта; MoJ — Министерство юстиции; DWP — Департамент труда и пенсий; DfE — Департамент образования; HMT — Казначейство Её Величества; HO — Министерство внутренних дел.

Note: DLUHC — Department of Improvement, Housing and Communities; HMRC — Her Majesty's Revenue and Customs; BEIS — Department for Business, Energy and Industrial Strategy; DCMS — Department for Digital, Culture, Media and Sport; Defra — Department for Environment, Food and Rural Affairs; DfT — Department for Transport; MoJ — Ministry of Justice; DWP — Department for Work and Pensions; DfE — Department for Education; HMT — Her Majesty's Treasury; HO — Ministry of Internal Affairs.

NAO определила критерии риска для оценки успешности внедрения ICS:

а) высокий риск, когда существуют факторы риска, которые совсем не учтены при реформировании, что может отразиться на снижении результатов деятельности ICS;

б) средний риск, когда риск был учтён и частично устранён или когда существует низкая вероятность его наступления, что не отразится на успешности ICS;

в) низкий риск, когда риск был полностью учтён и устранён, т.е. практически отсутствует вероятность его наступления, что будет способствовать решающему успеху деятельности ICS.

Всего NAO выбрано 10 ключевых параметров, характеризующих внедрение интегрированных систем медицинского обслуживания, для которых оценивался риск. В результате определено, что 4 параметра находятся в зоне высоких рисков, а именно: ясность целей, достаточность ресурсов, надлежащее управление, способность сбалансировать приоритеты сторон.

По мнению NHSE, в достижении целевых значений показателей здоровья объём оказания медицинских услуг составляет около 20%, остальное зависит от множества других факторов, влияющих на здоровье и благополучие человека, за которые несут ответственность другие ведомства и сам человек.

В Англии создан Комитет, который в рамках своей компетенции рассматривает вопросы здравоохранения в совокупности с вопросами, касающимися других ведомств, включая министерство внутренних дел, которое решает вопросы борьбы с преступностью, миграцией и другими государственными услугами. NAO провело анализ факторов, влияющих на общественное здоровье, и определило 12 государственных ведомств, деятельность которых может способствовать успешности реализации политики,

направленной на увеличение продолжительности жизни людей, улучшение качества жизни и благополучия населения страны.

В качестве основных факторов выделены:

- поведенческие факторы;
- медицинская помощь;
- социальные и экономические факторы;
- окружающая среда.

По каждому фактору определены базовые показатели и ведомства ответственные за результат (**таблица**), который зависит от эффективности межведомственной работы.

В рамках проводимых реформ в сфере здравоохранения, NHSE в сотрудничестве с Health Foundation создала учебную сеть Health Anchors, которая позволяет её участникам обмениваться идеями, знаниями и навыками о том, как сделать органы ICS «якорными учреждениями». Такие учреждения — это, как правило, крупные, некоммерческие организации государственного сектора, которые получили название «якорные» т.к. не могут никуда переехать, их долгосрочная устойчивость связана с благополучием и здоровьем населения на той территории, где они его обслуживают.

Обсуждение

Анализ научных публикаций и решений законодательных органов и органов исполнительной власти в сфере здравоохранения в России и за рубежом позволяет утверждать, что внедрение интегрированных систем управления общественным здоровьем является трендом в мировой практике и наряду с развитием медицинских технологий способствует улучшению здоровья населения, повышению качества его жизни.

Можно отметить, что в России, в частности в Москве, данное направление успешно развивается и реализуется

в виде программ и мероприятий, в которых принимают участие как органы управления здравоохранением, так и другие ведомства и организации, отвечающие за организацию жизни и досуга населения, его вовлечение в спортивные и культурные мероприятия.

В Англии в течение многих лет проводятся дискуссии на тему реформирования системы здравоохранения, одной из целей которого является создание интегрированных систем управления общественным здоровьем [16, 17]. В дискуссиях основное внимание уделяется объединению усилий систем здравоохранения и социального ухода, при этом недостаточно внимания обращается на другие факторы, от которых зависит здоровье населения. Многочисленные обсуждения темы реформирования здравоохранения на парламентском и правительственном уровнях привели к принятию нового закона о здравоохранении, которым предусмотрено создание ICS.

По мнению аудиторов НАО, изучивших данную тему на основе нормативных материалов и отчётных данных о финансировании и организации работы органов здравоохранения и других ведомств, существуют риски успешного внедрения ICS. Отмечается, что в нормативных документах в недостаточной степени учтены такие факторы, как формирование целей деятельности ICS, обеспечение ICS достаточным объёмом ресурсов, организация надлежащего управления и формирования отчётности ICS, сбалансированность приоритетов сторон, участвующих в проекте.

Выводы

Неудовлетворённость уровнем организации и финансирования системы здравоохранения в Англии, показателями здоровья населения и доступностью медицинской помощи в последние десятилетия послужили толчком к началу реформ системы общественного здоровья. Важнейшим проектом в этом направлении является внедрение ICS в соответствии с новым законом о здравоохранении, принятым в 2022 г.

Декларирование основных целей внедрения ICS и их реализация исследовались аудиторами НАО, которые определили 10 ключевых параметров, требующих оценки рисков успешности внедрения ICS. Аудиторы выявили, что по 4 из них имеются высокие риски, касающиеся формулировки целей ICS, обеспечения ресурсами, надёжности управления, сбалансированности приоритетов и интересов участников. Отмечается, что наряду с инвестициями в систему оказания медицинской помощи необходимо увеличивать инвестирование в систему предупреждения заболеваний, их профилактику, а для этого требуется координация действий различных ведомств и организаций.

Целесообразно изучение опыта внедрения ICS в Англии, включая механизмы привлечения партнеров, не связанных с системой здравоохранения, к вопросам улучшения показателей здоровья и качества жизни населения и использование отдельных элементов внедрения ICS в ходе реализации российских национальных проектов в сфере здравоохранения и демографии.

ЛИТЕРАТУРА

(п.п. 4, 5, 11–13, 16, 17 см. References)

1. Каткова Н.П. Общественное здоровье и вопросы финансовой устойчивости российского здравоохранения. *Управление здравоохранением*. 2012; (2-3): 7–14. <https://elibrary.ru/yktaej>
2. Шевский В.И., Шейман И.М. Проблемы формирования интегрированной системы здравоохранения. *Вопросы государственного и муниципального управления*. 2013; (3): 24–47. <https://elibrary.ru/rbokbv>

3. Шарабчиев Ю.Т. Общественное здоровье нации индивидуальное здоровье личности. *Медицинские новости*. 2015; (3): 18–25. <https://elibrary.ru/rpdvab>
4. Аксенова Е.И., Камынина Н.Н., Гречушкина Н.А. Общественное здоровье Москвы через призму Целей устойчивого развития. *Московская медицина*. 2021; (6): 26–37. <https://elibrary.ru/loxglw>
5. Мыльникова Л.А., Камынина Н.Н. Создание Центра общественного здоровья и медицинской профилактики города Москвы как структуры медицинской профилактики популяционного уровня в мегаполисе. *Здоровье мегаполиса*. 2021; 2(1): 7–21. <https://clck.ru/36C9J3> <https://elibrary.ru/xvvtxs>
6. Камынина Н.Н., Аксенова Е.И. Центр общественного здоровья и медицинской профилактики в Москве: вопросы становления и перспективы развития. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2022; 30(S): 1010–5. <https://doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-s1-1010-1015> <https://elibrary.ru/eaumku>
7. Прохоренко Е.В. Общественное здоровье и медицинская профилактика. *Московская медицина*. 2021; (6): 46–50. <https://elibrary.ru/dveeyf>
8. Тагаева Т.О., Казанцева Л.К. Общественное здоровье и реформа здравоохранения в России. *Мир новой экономики*. 2019; 13(4): 126–34. <https://doi.org/10.26794/2220-6469-2019-13-4-126-134> <https://elibrary.ru/bffmmp>
9. Бударин С.С., Эльбек Ю.В. Эффективность функционирования систем здравоохранения как предмет государственного финансового контроля: обзор российского и зарубежного опыта. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2022; 30(5): 976–82. <https://doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-s1-976-982> <https://elibrary.ru/rkxyns>
10. Бударин С.С., Ваголин Д.О., Эльбек Ю.В. Кросстрановой анализ моделей финансирования медицинских организаций в условиях пандемии COVID-19. *Вестник МГИМО Университета*. 2020; 13(5): 352–74. <https://doi.org/10.24833/2071-8160-2020-5-74-352-374> <https://elibrary.ru/lrqpkf>

REFERENCES

1. Katkova N.P. Public health and issues of financial sustainability of Russian healthcare. *Upravlenie zdravookhraneniem*. 2012; (2-3): 7–14. <https://elibrary.ru/yktaej> (in Russian)
2. Shevskiy V.I., Sheyman I.M. Problems of creating an integrated health system. *Voprosy gosudarstvennogo i munitsipal'nogo upravleniya*. 2013; (3): 24–47. <https://elibrary.ru/rbokbv> (in Russian)
3. Sharabchiev Yu.T. Public health of nation and individual health of a person. *Meditsinskie novosti*. 2015; (3): 18–25. <https://elibrary.ru/rpdvab> (in Russian)
4. Harlock J., Caiels J., Marczak J., Peters M., Fitzpatrick R., Wistow G., et al. Challenges in integrating health and social care: the Better Care Fund in England. *J. Health Serv. Res. Policy*. 2020; 25(2): 86–93. <https://doi.org/10.1177/1355819619869745>
5. Mason A., Goddard M., Weatherly H., Chalkey M. Integrating funds for health and social care: an evidence review. *J. Health Serv. Res. Policy*. 2015; 20(3): 177–88. <https://doi.org/10.1177/1355819614566832>
6. Aksenova E.I., Kamynina N.N., Grechushkina N.A. Moscow public health through the prism of sustainable development goals. *Moskovskaya meditsina*. 2021; (6): 26–37. <https://elibrary.ru/loxglw> (in Russian)
7. Myl'nikova L.A., Kamynina N.N. Creation of the Center for Public Health and Medical Prevention of the City of Moscow as a structure of medical prevention at the population level in the metropolis. *Zdorov'e megapolisa*. 2021; 2(1): 7–21. <https://clck.ru/36C9J3> <https://elibrary.ru/xvvtxs> (in Russian)
8. Kamynina N.N., Aksenova E.I. Creation of center for public health and medical prevention of Moscow as a structure for population level prevention in metropolis. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2022; 30(S): 1010–5. <https://doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-s1-1010-1015> <https://elibrary.ru/eaumku> (in Russian)
9. Prokhorenko E.V. Public health vs medical prevention. *Moskovskaya meditsina*. 2021; (6): 46–50. <https://elibrary.ru/dveeyf> (in Russian)
10. Tagaeva T.O., Kazantseva L.K. Public health and healthcare reform in Russia. *Mir novoy ekonomiki*. 2019; 13(4): 126–34. <https://doi.org/10.26794/2220-6469-2019-13-4-126-134> <https://elibrary.ru/bffmmp> (in Russian)

11. Miller R., Glasby J., Dickinson H. Integrated health and social care in England: Ten years on. *Int. J. Integr. Care*. 2021; 21(4): 6. <https://doi.org/10.5334/ijic.5666>
12. Briggs A.D.M., Göpfert A., Thorlby R., Allwood D., Alderwick H. Integrated health and care systems in England: can they help prevent disease? *Integr. Healthc J*. 2020; 2(1): e000013. <https://doi.org/10.1136/ihj-2019-000013>
13. Exworthy M., Powell M., Glasby J. The governance of integrated health and social care in England since 2010: great expectations not met once again? *Health Policy*. 2017; 121(11): 1124–30. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.07.009>
14. Budarin S.S., El'bek Yu.V. Efficiency of functioning of health care systems as a subject of state financial control: a review of Russian and foreign experience. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2022; 30(5): 976–82. <https://doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-s1-976-982> <https://elibrary.ru/rkxyns> (in Russian)
15. Budarin S.S., Vatolin D.O., El'bek Yu.V. Cross-country analysis of funding models of medical organizations in the context of the COVID-19 pandemic. *Vestnik MGIMO Universiteta*. 2020; 13(5): 352–74. <https://doi.org/10.24833/2071-8160-2020-5-74-352-374> <https://elibrary.ru/lrqpkf> (in Russian)
16. Hopkins G., Winrow E., Davies C., Seddon D. Beyond social prescribing – The use of social return on investment (SROI) analysis in integrated health and social care interventions in England and Wales: A protocol for a systematic review. *PLoS One*. 2023; 18(2): e0277386. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0277386>
17. Lewis R.Q., Checkland K., Durand M.A., Ling T., Mays N., Roland M., et al. Integrated care in England – what can we learn from a decade of national pilot programmes? *Int. J. Integr. Care*. 2021; 21(4): 5. <https://doi.org/10.5334/ijic.5631>