



Всемирная организация
здравоохранения

Европейский регион

ОЦЕНКА И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ШКОЛЬНЫХ СЛУЖБ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЕВРОПЕЙСКОМ РЕГИОНЕ ВОЗ

Результаты исследований,
проведенных в девяти странах



СОВМЕСТНЫЕ ДЕЙСТВИЯ
для
УЛУЧШЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ



Всемирная организация
здравоохранения

Европейский регион

ОЦЕНКА И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ШКОЛЬНЫХ СЛУЖБ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЕВРОПЕЙСКОМ РЕГИОНЕ ВОЗ

Результаты исследований,
проведенных в девяти странах



Резюме

В рамках инициативы ВОЗ и Российской Федерации по повышению качества медицинской помощи в образовательных учреждениях в странах Восточной Европы и Центральной Азии Европейское региональное бюро ВОЗ и Российская Федерация содействовали проведению оценки школьных служб здравоохранения в девяти странах своего региона (Азербайджан, Армения, Беларусь, Казахстан, Кыргызстан, Молдова, Российская Федерация, Таджикистан, Узбекистан). В настоящем сравнительном докладе представлены общие итоги страновых оценок с перечислением основных сильных сторон национальных школьных служб здравоохранения, а также сфер, требующих дальнейшего улучшения, в соответствии со стандартами Европейской концепции, регулирующей школьные медицинские услуги. В документе приводятся стратегические рекомендации и резюме страновых отчетов.

Номер документа: WHO/EURO:2022-5938-45703-65698

© **Всемирная организация здравоохранения, 2022 г.**

Некоторые права защищены. Настоящая публикация распространяется на условиях лицензии Creative Commons 3.0 IGO «С указанием авторства – Некоммерческая – Распространение на тех же условиях» (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Лицензией допускается копирование, распространение и адаптация публикации в некоммерческих целях с указанием библиографической ссылки согласно нижеприведенному образцу. Никакое использование публикации не означает одобрения ВОЗ какой-либо организации, товара или услуги. Использование логотипа ВОЗ не допускается. Распространение адаптированных вариантов публикации допускается на условиях указанной или эквивалентной лицензии Creative Commons. При переводе публикации на другие языки приводится библиографическая ссылка согласно нижеприведенному образцу и следующая оговорка: «Настоящий перевод не был выполнен Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). ВОЗ не несет ответственности за его содержание и точность. Аутентичным подлинным текстом является оригинальное издание на английском языке «Assessing and improving school health services in the WHO European Region: findings from nine countries. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022».

Урегулирование споров, связанных с условиями лицензии, производится в соответствии с согласительным регламентом Всемирной организации интеллектуальной собственности (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>).

Образец библиографической ссылки. Оценка и совершенствование школьных служб здравоохранения в Европейском Регионе ВОЗ: результаты исследований, проведенных в девяти странах. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2022 г. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Данные каталогизации перед публикацией (CIP). Данные CIP доступны по ссылке: <http://apps.who.int/iris/>.

Приобретение, авторские права и лицензирование. По вопросам приобретения публикаций ВОЗ см. <http://apps.who.int/bookorders>. По вопросам оформления заявок на коммерческое использование и направления запросов, касающихся права пользования и лицензирования, см. <http://www.who.int/about/licensing/>.

Материалы третьих сторон. Пользователь, желающий использовать в своих целях содержащиеся в настоящей публикации материалы, принадлежащие третьим сторонам, например таблицы, рисунки или изображения, должен установить, требуется ли для этого разрешение обладателя авторского права, и при необходимости получить такое разрешение. Ответственность за нарушение прав на содержащиеся в публикации материалы третьих сторон несет пользователь.

Оговорки общего характера. Используемые в настоящей публикации обозначения и приводимые в ней материалы не означают выражения мнения ВОЗ относительно правового статуса любой страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации границ. Штрихпунктирные линии на картах обозначают приблизительные границы, которые могут быть не полностью согласованы.

Упоминание определенных компаний или продукции определенных производителей не означает, что они одобрены или рекомендованы ВОЗ в отличие от аналогичных компаний или продукции, не названных в тексте. Названия патентованных изделий, исключая ошибки и пропуски в тексте, выделяются начальными прописными буквами.

ВОЗ приняты все разумные меры для проверки точности информации, содержащейся в настоящей публикации. Однако данные материалы публикуются без каких-либо прямых или косвенных гарантий. Ответственность за интерпретацию и использование материалов несет пользователь. ВОЗ не несет никакой ответственности за ущерб, связанный с использованием материалов.

СОДЕРЖАНИЕ

Выражение признательности	V
Сокращения	VI
Резюме	VII
Справочная информация	1
Европейская концепция стандартов качества школьных медицинских услуг и компетенций для специалистов школьного здравоохранения	1
Инструмент оценки школьных служб здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ	2
Правозащитный подход к здравоохранению	5
Оценка ШСЗ, действующих в девяти странах Европейского региона	9
Результаты	12
Общее положение дел в области школьного здравоохранения, включая финансирование	12
Стандарт 1: Нормативно-правовая база	12
Стандарт 2: Медицинская помощь, ориентированная на детей и подростков	14
Стандарт 3: Помещения, оснащение, укомплектованность кадрами и системы управления данными ШСЗ	20
Стандарт 4: Многостороннее сотрудничество	22
Стандарт 5: Компетенции персонала	24
Стандарт 6: Пакеты услуг	26
Стандарт 7: Системы управления данными	28
Текущие проблемы ШСЗ	30
Стратегические рекомендации	31
Выводы и дальнейшие действия на страновом уровне	37
Библиография	40
Приложение 1. Количество учебных учреждений от каждой из стран-участниц	42
Приложение 2. Обзор показателей школьного здравоохранения в девяти странах	45

Приложение 3. Опрос для страновых координаторов	48
Приложение 4. Резюме: Армения	50
Приложение 5. Резюме: Азербайджан	55
Приложение 6. Резюме: Беларусь	59
Приложение 7. Резюме: Казахстан	61
Приложение 8. Резюме: Кыргызстан	65
Приложение 9. Резюме: Российская Федерация	66
Приложение 10. Резюме: Таджикистан	69
Приложение 11. Резюме: Узбекистан	72

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

Доклад подготовлен международным специалистом по правам ребенка Ana Isabel F. Guerreiro и педиатром и специалистом в области подростковой медицины Susanne Stronski совместно с Aigul Kuttumuratova (Европейское региональное бюро ВОЗ) и Ольгой Комаровой (Сотрудничающий центр ВОЗ в сфере улучшения оказания медицинской помощи детям, Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва, Российская Федерация). Исследования и подготовка итоговых национальных докладов для девяти стран-участниц проводились при содействии целого ряда национальных экспертов. Европейское региональное бюро ВОЗ выражает признательность всем участникам за проделанную работу и целеустремленность.

СОКРАЩЕНИЯ

ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
МР	медицинский работник
НИЗ	неинфекционные заболевания
НРД	присутствие в течение неполного рабочего дня
ПМСП	первичная медико-санитарная помощь
ПРД	присутствие в течение полного рабочего дня
СМК	специализированный медицинский кабинет
СРЗ	сексуальное и репродуктивное здоровье
ШМ	школьная медсестра
ШСЗ	школьные службы здравоохранения

РЕЗЮМЕ

Справочная информация

В Европейском регионе ВОЗ, где показатели охвата образованием достигают 100%, учебные заведения предоставляют уникальную возможность обслуживания практически всей группы населения – детей школьного возраста и подростков – в одном месте, независимо от их социально-экономического статуса. Обеспечивая равный доступ к мерам по популяризации здорового образа жизни, профилактики заболеваний и мониторинга показателей здоровья, роста и развития, школьные службы здравоохранения (ШСЗ) играют значительную роль в сокращении неравенства благодаря укреплению здоровья и улучшению обучаемости, и, соответственно, повышению успеваемости всех детей и подростков. В 2020 году в рамках инициативы Российской Федерации и ВОЗ по повышению качества медицинской помощи в образовательных учреждениях в странах Восточной Европы и Центральной Азии Европейское региональное бюро ВОЗ и Российская Федерация содействовали проведению оценки школьных служб здравоохранения в девяти странах Региона.

Цели

Цель настоящего проекта заключалась в оказании девяти странам Европейского региона ВОЗ поддержки в вопросах оценки действующих национальных нормативно-правовых баз и эффективности работы ШСЗ в целях повышения качества предоставляемых услуг.

Методы оценки

На основе Европейской концепции стандартов качества школьных медицинских услуг и компетенций для специалистов школьного здравоохранения (ВОЗ, 2014) и правозащитного подхода, предусмотренного Организацией Объединенных Наций, был создан инструмент оценки ШСЗ в Европейском регионе ВОЗ. Разработан комплекс мер для проведения всесторонней оценки, в том числе за счет взаимодействия со многими заинтересованными сторонами, который применялся странами-участницами в целях анализа национальной законодательной и нормативно-правовой базы в области ШСЗ и обслуживания.

Проект был разделен на следующие этапы:

- 1) Подготовительный этап: разработка инструмента оценки, руководство и наращивание потенциала
 - разработка (2019–2020 гг.) инструмента оценки школьных служб здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ;
 - разработка дополнительного руководства и инструментов для различных заинтересованных сторон;
 - август – ноябрь 2020 г.: серия из четырех семинаров по наращиванию потенциала для национальных координаторов в девяти странах-участницах.

2) Проведение оценки в странах-участницах (ноябрь 2020 г. – январь 2021 г.)

1. Кабинетное исследование национальных законодательных и нормативно-правовых баз, регулирующих деятельность ШСЗ, с использованием инструмента оценки.
2. Проведение полуструктурированных интервью с ключевыми источниками информации.
3. Обсуждение с заинтересованными сторонами в рамках фокус-групп (детьми, подростками, школьными медсестрами, педагогами, родителями и руководством школ).
4. Онлайн-консультации на страновом уровне между отдельными страновыми координаторами и международными экспертами.

Ограничения

Оценка ШСЗ проводилась в условиях пандемии COVID-19. По этой причине процесс наращивания потенциала в области оценки был ограничен обучением в удаленном режиме, и посещения стран для оказания помощи их представителям не проводились.

К тому же, выборки, сформированные для обсуждений фокус-группах, могут не отражать многообразие и сложность проблем, с которыми сталкиваются различные группы детей, особенно уязвимые группы или иные категории, принадлежность к которым может влиять на качество работы ШСЗ (в частности, это касается школ, расположенных в сельских, горных или иных удаленных районах).

Основные результаты

В проведении оценки приняли участие следующие страны: Армения, Азербайджан, Беларусь, Казахстан, Молдова, Российская Федерация, Таджикистан, Узбекистан.

Общее резюме полученных результатов приводится ниже. При этом важно отметить, что каждая из стран обладает своими особенностями, в связи с чем потребуются разработка организационных моделей, соответствующих их условиям, включая приоритеты населения и существующих систем здравоохранения в области охраны здоровья.

Преимущества

Национальная нормативно-правовая база и общее положение дел в области школьного здравоохранения

- В нескольких странах существует надлежащая национальная нормативно-правовая база, основанная на Конвенции о правах ребенка, в том числе нормы, регулирующие ШСЗ и устанавливающие принципы медицинской помощи, ориентированной на подростков; она разработана совместно с сектором образования.
- В большинстве стран ШСЗ существуют и являются доступными и бесплатными для всех школьников.

Принципы медицинской помощи, ориентированной на детей и подростков

- Во всех странах-участницах ведется работа и уделяется внимание многим аспектам медицинского обслуживания, ориентированного на детей и подростков, в том числе равенству, доступности и приемлемости.

Инфраструктура (помещения, оборудование, наличие материалов по популяризации здорового образа жизни)

- В большинстве стран во многих школах действуют специализированные медицинские кабинеты, оснащенные базовым оборудованием и располагающие запасом лекарственных средств экстренного назначения.
- В большинстве стран на национальном уровне разработаны материалы по популяризации здорового образа жизни.

Сотрудничество между ШСЗ, школами, детьми, родителями и представителями местных сообществ

- Многие страны сообщают о наличии налаженного сотрудничества с заинтересованными сторонами на уровне школ, некоторые страны – о той или иной степени такого сотрудничества с заинтересованными сторонами на уровне местного населения.
- Некоторые страны поддерживают взаимодействие в рамках школ и с родителями с помощью специальных веб-сайтов или социальных сетей.
- Большинство стран сообщают о наличии у ШСЗ развитых систем переадресации к профильным специалистам.

Персонал (в том числе описание должностных функций, компетенции, мотивация)

- В большинстве стран имеются четкие должностные характеристики для сотрудников ШСЗ, в некоторых из них проводится последипломное обучение медработников с периодической перееаттестацией.

Комплекс услуг ШСЗ

- Во всех странах оказывается широкий спектр услуг скрининга для выявления физических нарушений/патологий развития. Кроме того, в некоторых странах проводится скрининг в целях выявления психических заболеваний, а также для выявления, лечения/направления и профилактики инфекционных болезней и ряда НИЗ.

Системы управления данными

- В большинстве стран существуют системы управления данными, соответствующие требованиям о защите данных – они обеспечивают доступ к информации о состоянии здоровья детей и могут быть использованы для отчетности и в процессе принятия решений на стратегическом уровне.
- В пяти странах разрабатывается или уже создана электронная информационная

система здравоохранения.

Слабые стороны и проблемы

Национальная нормативно-правовая база

- Большинство нормативно-правовых актов разработано без участия детей, подростков и их родителей/опекунов.
- Отсутствуют нормативные документы, регламентирующие вопросы внедрения (руководства, стандарты, основанные на фактических данных клинические протоколы, стандартизированные требования к квалификации персонала, материалы (в частности, по вопросам профилактики НИЗ) и положения о финансировании).

Принципы медицинской помощи, ориентированной на детей и подростков

- В результате анализа были выявлены отклонения с точки зрения доступности и наличия услуг, в том числе неоптимальные часы работы, недостаточное время, уделяемое сотрудниками ШСЗ пациентам, а также нехватка основанных на фактических данных протоколов и руководств и недостаточная квалификация персонала.
- Несмотря на наличие необходимой правовой базы, ШСЗ не уделяют достаточного внимания ряду принципов обслуживания, ориентированного на подростков, и защиты прав ребенка (к ним относятся, например, индивидуальное и коллективное участие в процессе принятия решений по вопросам здравоохранения; соблюдение конфиденциальности).

Инфраструктура (помещения, оборудование, наличие материалов по популяризации здорового образа жизни)

- Между школами в сельских и городских районах существует значительный разрыв с точки зрения обеспеченности инфраструктурой; в сельских школах часто не хватает помещений, отсутствуют необходимые физические условия и инфраструктура/оборудование для кабинетов, а также условия, обеспечивающие конфиденциальность.
- Материалы по популяризации здорового образа жизни в основном разрабатываются без участия детей и подростков или их родителей.
- В некоторых случаях детям и их семьям такие материалы не предоставляются.

Сотрудничество между ШСЗ, школами, детьми, родителями и представителями местных сообществ

- Родители недостаточно осведомлены о работе ШСЗ в целом и о деятельности этих служб, касающейся их детей.
- Мотивация и возможности родителей участвовать в мероприятиях по популяризации здорового образа жизни в школах в полной мере не задействуются.

- Отсутствует взаимодействие с местными медицинскими работниками, что нередко усложняет процесс непрерывного оказания медицинской помощи детям, которых направляют к ним ШСЗ.

Персонал (в том числе описание должностных функций, компетенции, мотивация)

- В некоторых странах наблюдается недостаточный уровень преддипломного, последипломного и непрерывного обучения и повышения квалификации.
- Многие страны сообщают о том, что коэффициент, отражающий соотношение числа медработников и количества детей, оказывается ниже установленной нормы, что приводит к чрезмерной загруженности персонала. К другим сопутствующим проблемам относятся ненадлежащее использование рабочего времени и отсутствие времени на повышение профессиональной квалификации, мониторинг и исследовательскую деятельность.
- Низкий уровень мотивации работников ШСЗ, обусловленный более низкой заработной платой по сравнению с сопоставимыми должностями в учреждениях первичного звена и стационарах, дефицит времени и отсутствие стимулов для профессионального развития. В некоторых странах в ШСЗ отсутствуют специалисты по охране психического здоровья.

Комплекс услуг ШСЗ

- Некоторые виды скрининга и других мероприятий не учитывают проблемы общественного здравоохранения, они не основаны на фактических данных или являются устаревшими.
- В ряде стран комплекс услуг ШСЗ не учитывает потребности детей с инвалидностью или хроническими заболеваниями. Помимо этого, в нескольких странах не принимаются или принимаются недостаточные меры по решению проблем психического, а также сексуального и репродуктивного здоровья (СРЗ).
- Во многих странах жителям сельских районов доступен весьма ограниченный набор услуг.

Системы управления данными

- Использование полученных данных, особенно если они имеются только на бумажных носителях, для мониторинга качества медицинских услуг и определения приоритетов здравоохранения, ведется в недостаточном объеме.
- Необходимо совершенствовать существующие реестры, с тем чтобы они велись в соответствии с четко поставленными целями.
- Отсутствие электронных устройств в ШСЗ ограничивает возможности для использования электронных систем, даже если такие системы имеются.

Стратегические рекомендации

Сформулированы следующие стратегические рекомендации общего характера:

Национальная нормативно-правовая база, управление и стратегическое руководство

- Совершенствование национальной нормативно-правовой базы, в том числе:
 - о Принятие законодательных актов и/или стратегий, устанавливающих принципы оказания медицинской помощи, ориентированной на подростков.
 - о Определение задач в области здравоохранения, требующих решения в приоритетном порядке.
 - о Принятие нормативных документов, регламентирующих процесс внедрения (руководств, стандартов, основанных на фактических данных клинических протоколов, стандартизированных требований к квалификации персонала, материалов (в частности, по вопросам профилактики НИЗ) и положений о финансировании).
 - о Разработка процедур, предусматривающих участие детей и подростков в проектировании, разработке и оценке ШСЗ, стратегий и программ.

Принципы медицинской помощи, ориентированной на детей и подростков

- Выравнивание показателей обеспеченности услугами здравоохранения на всей территории стран-участниц для минимизации расхождений между сельскими и городскими районами, а также по другим параметрам, в отношении которых выявлены неравенства.
- Разработка практических инструментов, протоколов, информационно-просветительских мероприятий и других мер, обеспечивающих выполнение действующих национальных нормативно-правовых актов, которые призваны поддержать принципы оказания медицинской помощи, ориентированной на детей и подростков.
- Приведение школьного медицинского обслуживания в соответствие с потребностями и особенностями детей и подростков.
- Более тщательное соблюдение права детей на участие в упомянутых процессах посредством учета их мнения.

Инфраструктура (помещения, оборудование, наличие материалов по популяризации здорового образа жизни)

- Предоставление достаточных ресурсов для внедрения стандартов ШСЗ на всей территории страны (в городских и сельских районах) и во всех учреждениях на всех уровнях образовательной системы.
- Внедрение системных процедур для пополнения запасов медицинских товаров.

- Поддержка участия детей и подростков в разработке материалов по популяризации здорового образа жизни на национальном, региональном и местном уровнях.
- Обеспечение доступности мероприятий по популяризации здорового образа жизни для всех детей и родителей, например за счет использования новых средств информирования, в том числе веб-сайтов и социальных сетей.

Сотрудничество между ШСЗ, школами, детьми, родителями и представителями местных сообществ

- Создание моделей для участия и междисциплинарного сотрудничества ШСЗ в рамках школ, а также с заинтересованными представителями системы здравоохранения и местных сообществ.
- Разработка систематизированных информационных материалов для родителей с учетом особенностей конкретных учреждений.
- Привлечение детей, подростков и их родителей к участию в мероприятиях по популяризации здорового образа жизни.

Персонал (описание должностных функций, компетенции, техническое оснащение)

- Разработка единых учебных программ (преддипломное, последипломное и непрерывное медицинское образование) для работников ШСЗ, с тем чтобы они получали самые современные знания и навыки, необходимые для решения приоритетных задач здравоохранения.
- Предоставление достаточного объема средств для оплаты труда персонала ШСЗ.

Комплекс услуг ШСЗ

- Определение приоритетных задач в области общественного здравоохранения, которые должны быть решены за счет деятельности ШСЗ.
- Разработка основанных на фактических данных протоколов и руководств, касающихся содержания оказываемого комплекса услуг.
- Создание надлежащих условий для регулярной оценки скрининга, осуществляемого ШСЗ, с тем чтобы он проводился на основе фактических данных; скрининговые мероприятия, не основанные на фактических данных, должны быть пересмотрены или прекращены.

Системы управления данными

- Создание общенациональной, единой и адаптивной информационной системы здравоохранения (ИСЗ) для ШСЗ, способной взаимодействовать с ИСЗ других систем здравоохранения страны в соответствии с требованиями о защите данных.

- Обеспечение ШСЗ достаточным количеством электронных устройств.
- Разработка унифицированного набора показателей общественного здравоохранения, позволяющего сравнивать данные различных систем здравоохранения.

Выводы и дальнейшие действия на страновом уровне

В Москве 18 и 19 ноября 2021 г. была проведена итоговая конференция, на которой присутствовали представители девяти стран-участниц, прибывшие в целях обмена мнениями о полученных результатах и обсуждения дальнейшей работы. Страны-участницы также представили некоторые дальнейшие меры национального уровня. Особое внимание уделялось совершенствованию нормативно-правовой базы, стандартам качества и их внедрению, созданию систем мониторинга и оценки, процессу цифровизации услуг, повышению интенсивности обучения персонала и разработке новых подходов к популяризации здорового образа жизни. Короткий опрос и обсуждение инструмента оценки показали, что в целом страны считают инструмент полезным и полагают, что руководство по проведению процедур оценки является понятным и практичным. Страны заявили о необходимости дальнейшей технической и финансовой поддержке со стороны ВОЗ. ВОЗ проинформировала участников о планах оказания дальнейшей помощи странам и поддержки процесса в целом, в том числе посредством опубликования докладов, содействия диалогу между заинтересованными сторонами, разработки планов действий, а также предоставления обновленного комплекса инструментов оценки и накопленного опыта.

СПРАВОЧНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Европейская концепция стандартов качества школьных медицинских услуг и компетенций для специалистов школьного здравоохранения

В Европейском регионе доля детей, посещающих школу, составляет почти В Европейском регионе ВОЗ, где показатели охвата образованием достигают 100%, учебные заведения предоставляют уникальную возможность обслуживания практически всей группы населения – детей школьного возраста и подростков – в одном месте, независимо от их социально-экономического статуса. Обеспечивая равный доступ к мерам укрепления здоровья, профилактики заболеваний и мониторинга показателей здоровья, роста и развития, школьные службы здравоохранения играют значительную роль в сокращении неравенства благодаря укреплению здоровья и улучшению обучаемости, и, следовательно, повышению успеваемости всех детей и подростков. В 2014 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) опубликовала *«Европейскую концепцию стандартов качества школьных медицинских услуг и компетенций специалистов школьного здравоохранения»* (1) (далее – Европейская концепция) с целью оказания государствам-членам в Европейском регионе ВОЗ помощи в повышении качества ШСЗ как элементов их национальных систем здравоохранения (см. вставку 1). В Европейской концепции определены стандарты, которыми должны руководствоваться лица, ответственные за принятие решений и разработку политики на национальном уровне, при планировании и совершенствовании новых и существующих ШСЗ. Эти стандарты позволяют выработать различные организационные модели для ШСЗ, соответствующие потребностям здоровья детей школьного возраста и подростков с учетом особенностей конкретной страны. Концепция носит всеобъемлющий характер и устанавливает базовые стандарты, соблюдение которых является обязательным условием для обеспечения наивысшего качества помощи всем детям в той или иной стране (например, с учетом определенной эпидемиологической ситуации в стране, особенностей национальной системы здравоохранения и т. д.). В частности, регламентируются такие вопросы, как национальная или региональная нормативная база, компетенции медицинского персонала, финансирование, инфраструктура, содержание оказываемых услуг, системы управления данными, а также принципы оказания медицинской помощи, ориентированной на детей и подростков.

Вставка 1. Стандарты школьных служб здравоохранения

Стандарт 1. Существует межсекторальная национальная или региональная нормативная база, охватывающая министерства здравоохранения и образования и основанная на правах ребенка, которая ориентирует относительно содержания и условий предоставления услуг ШСЗ.

Стандарт 2. ШСЗ учитывают принципы, характеристики и аспекты качества, необходимые для медицинских услуг, доброжелательных по отношению к детям и подросткам, и используют их соответствующим образом применительно к детям и подросткам на всех стадиях развития и во всех возрастных группах. В процессе взаимодействия ШСЗ с родителями также используются принципы доступности, социальной справедливости и приемлемости.

Стандарт 3. ШСЗ располагают медицинскими кабинетами, оснащением, кадрами и системами управления данными, которые позволяют им достигнуть поставленных целей.

Стандарт 4. Установлено сотрудничество между ШСЗ, учителями, администрацией школы, родителями и детьми, а также членами местного сообщества (включая медицинские учреждения по месту проживания), и четко определены соответствующие полномочия.

Стандарт 5. Персонал ШСЗ имеет четко обозначенные должностные обязанности, адекватные знания и умения, а также приверженность делу обеспечения стандартов качества ШСЗ.

Стандарт 6. Определен пакет услуг ШСЗ, основанный на приоритетных задачах общественного здравоохранения, подкрепленный научно обоснованными протоколами и руководящими принципами. Пакет услуг охватывает общие подходы на базе населения, включая укрепление здоровья в школах, а также услуги, сформированные на базе индивидуальных потребностей.

Стандарт 7. Существует система управления данными, которая способствует безопасному хранению и использованию индивидуальных медицинских записей, осуществлению мониторинга тенденций в состоянии здоровья, оценке качества ШСЗ (структуры и деятельности), а также проведению научной работы.

Инструмент оценки школьных служб здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ

Как отмечено выше, в Европейской концепции представлены ключевые стандарты, на которые необходимо ориентироваться лицам, ответственным за принятие решений и разработку политики. В то же время эти стандарты должны рассматриваться и применяться в рамках планирования и совершенствования деятельности национальных систем здравоохранения. Для этих целей в 2019–2020 гг. Европейским региональным бюро ВОЗ был разработан инструмент оценки ШСЗ

для оказания странам помощи в анализе и улучшении работы таких служб. Эта деятельность является частью текущего международного процесса, направленного на повышение качества услуг здравоохранения для детей и подростков и на обеспечение соблюдения стандартов охраны прав ребенка, закрепленных в Конвенции о правах ребенка. Разработка инструмента оценки велась на основе различных действующих концепций, стратегий, докладов и руководств ВОЗ (2–6) специально для ШСЗ.

В инструменте оценки содержится подробное описание различных аспектов семи стандартов, изложенных в Европейской концепции, как то:

- существующая нормативно-правовая база;
- имеющиеся службы (и их оснащение) и степень их соответствия задачам по охране здоровья детей и подростков;
- компетенции работников;
- польза, которую действующие службы приносят детям и подросткам;
- мнения и отзывы детей и подростков о работе действующих служб.

Следовательно, разработка и цели инструмента оценки должны рассматриваться в контексте принципов повышения качества медицинской помощи. В соответствии с Региональной программой повышения качества услуг по охране репродуктивного, материнского, неонатального, детского и подросткового здоровья в Европейском регионе (7) все страны Региона должны повышать качество оказываемой детям медицинской помощи за счет следующих мер:

- отражение принципов защиты прав человека в процедурах повышения качества;
- определение ключевых направлений для оптимизации;
- устранение препятствий для оказания и непрерывности помощи на уровне служб здравоохранения и других учреждений;
- внедрение системы непрерывного и устойчивого повышения качества;
- более тщательное соблюдение положений о правах человека и совершенствование механизмов мониторинга и отчетности перед договорными органами ООН по правам человека.

Таким образом, инструмент оценки разработан для проведения исходного анализа ШСЗ на страновом уровне, что позволяет оценить качество услуг, доступных на настоящий момент, и выявлять недостатки и направления, требующие улучшения. Это всеобъемлющая процедура, которая должна включать координацию и/или сотрудничество между министерством здравоохранения и министерством образования и служить основой для национального диалога и процесса планирования. По этой причине инструмент предназначен для качественного анализа, хотя отдельные аспекты количественной оценки также должны приниматься во внимание.

Как упоминалось ранее, с помощью инструмента оценки ответственные лица смогут получить представление о фактической пользе, которую дети и подростки получают благодаря работе таких служб. Речь идет обо всех детях и подростках, независимо от их социально-экономического статуса, проживания в городской или сельской местности и других обстоятельств. Кроме того, в инструмент оценки входят вопросы, касающиеся непосредственно опыта обращения детей и подростков в существующие службы. Этот аспект более подробно рассматривается в следующем разделе.

Инструмент оценки предусматривает особое внимание к содержанию оказываемой помощи. Она должна соответствовать фактическим потребностям детей в области здравоохранения. В основу инструмента были положены, в частности, принципы профилактики, раннего выявления нарушений и достаточных и своевременных мер реагирования с опорой на фактические данные. Одна из важных задач общественного здравоохранения заключается в том, что скрининг должен проводиться с учетом ряда принципов, включая, в частности, выявление серьезных проблем в области здравоохранения (таких как, например, высокая или нарастающая частота случаев и распространенность заболевания или факторы, вызывающие высокую заболеваемость или смертность), осуществляться с использованием точных, надежных и воспроизводимых скрининг-тестов, приносить больше пользы, чем вреда, и – с учетом соотношения всех издержек и выгод – иметь приоритет перед другими альтернативными мероприятиями, такими как, например, первичная профилактика (8).

Инструмент оценки создан для дальнейшего развития предыдущих инициатив и направлен на выявление направлений, требующих улучшения, и повышение осведомленности в целях повышения качества работы ШСЗ и соблюдения прав ребенка.

Правозащитный подход к здравоохранению

В 2003 г. члены Организации Объединенных Наций утвердили протокол о взаимопонимании относительно правозащитного подхода, который лег в основу всей ее деятельности (9). Такой подход требует систематического учета ряда стандартов и принципов в области защиты прав человека (10). В частности, правозащитный подход к здравоохранению состоит из семи элементов, перечисленных во вставке 2 (11).

Вставка 2. Элементы правозащитного подхода к здравоохранению

1. Наличие
2. Доступность
3. Приемлемость и качество инфраструктуры/обслуживания
4. Участие
5. Равенство
6. Недопущение дискриминации
7. Подотчетность

Актуальность правозащитного подхода: Конвенция о правах ребенка была ратифицирована всеми странами Европейского региона ВОЗ, что означает обязательство всех национальных и региональных учреждений и служб на систематической основе соблюдать, защищать и выполнять стандарты охраны прав ребенка.

Страны применяют такие стандарты различными способами, в том числе посредством следующих мер:

- реализация профильных национальных стратегий и рамочных программ (например рамочных программ по ШСЗ, охране здоровья детей, правам ребенка и т. п.);
- повышение осведомленности заинтересованных сторон о правах ребенка и важности этого вопроса для здравоохранения и обеспечения качественной медицинской помощи;
- создание систем подотчетности;
- выполнение заключительных замечаний Комитета по правам ребенка (см. вставку 3).

Вставка 3. Процесс представления отчетности согласно Конвенции о правах ребенка

После ратификации Конвенции о правах ребенка каждая страна обязана сделать права и нормы, закрепленные в Конвенции, частью своего национального законодательства. Это означает, что во всех странах Европы должен быть принят свод законодательных актов и стратегий, учитывающих права ребенка (т. е. принцип наилучшего обеспечения прав ребенка, право на доступ к здравоохранению без дискриминации, право на участие в принятии решений в области здравоохранения и т. д.).

Помимо этого, страны обязаны представлять отчетность Комитету по правам ребенка, который является органом Организации Объединенных Наций, осуществляющим мониторинг выполнения Конвенции о правах ребенка. В рамках этого процесса каждые пять лет страны традиционно готовят национальный доклад о ходе осуществления Конвенции. В частности, в нем освещается реализация прав ребенка в системе здравоохранения. По итогам этого процесса Комитет по правам ребенка представляет свои заключительные замечания, частью которых являются рекомендации государствам-членам о способах улучшения охраны прав ребенка в конкретных условиях той или иной страны.

Заключительные замечания публикуются открыто, они доступны на английском, русском и других языках.

Более подробная информация доступна в документах: Фактологический бюллетень УВКПЧ № 10 (Rev.1) (12) и Отчетный цикл Комитета по правам ребенка: руководство для НПО и НИПЧ (13).

Наконец, соблюдение прав ребенка и применение правозащитного подхода позволяют добиться лучших результатов для всего детского населения. Внедрение системы подотчетности для ШСЗ схематически представлено на рисунке ниже:

Рис. 1. Правозащитный подход к работе ШСЗ (14)



Как показано выше, ШСЗ должны рассматриваться в более широком контексте системы здравоохранения, элементами которой являются национальная нормативно-правовая база (планирование), квалифицированные специалисты, качественное обслуживание и налаживание других необходимых процессов (осуществление), функционирующие информационные системы здравоохранения (мониторинг и оценка) и непрерывное совершенствование на основании фактической информации и данных (анализ).

ОЦЕНКА ШСЗ, ДЕЙСТВУЮЩИХ В ДЕВЯТИ СТРАНАХ ЕВРОПЕЙСКОГО РЕГИОНА

В 2020–2021 гг. Европейским региональным бюро ВОЗ было оказано содействие в проведении оценки ШСЗ в девяти странах Региона. Была поставлена цель предоставления странам помощи в оценке их ШСЗ и инициирования процесса повышения качества обслуживания. Помимо этого, такой процесс может стать источником сведений, необходимых для проведения аналогичной оценки и процессов в других странах Региона и за его пределами.

Методы оценки

Общий процесс оценки в девяти странах был начат Европейским региональным бюро ВОЗ при координирующей роли Сотрудничающего центра ВОЗ в сфере улучшения оказания медицинской помощи детям, действующего на базе Национального медицинского исследовательского центра здоровья детей (Москва, Российская Федерация) (далее – Сотрудничающий центр ВОЗ). В подготовке мероприятий по наращиванию потенциала и оказании технической консультационной помощи странам также участвовали два международных эксперта. Поскольку оценка проводилась в 2020–2021 гг., а именно в условиях пандемии COVID-19 и соответствующих ограничений на поездки, вся помощь, в том числе мероприятия по наращиванию потенциала, была организована в удаленном режиме. Единственным очным мероприятием, подготовленным в рамках проекта, стала итоговая конференция, состоявшаяся в Москве в ноябре 2021 г. в целях представления и обсуждения общих результатов процесса.

Подготовительный этап: разработка инструмента оценки, руководство и наращивание потенциала

Как упоминалось ранее, инструмент оценки школьных служб здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ был разработан в 2019–2020 гг. Его подготовка велась с опорой на Европейскую концепцию и на принципы медицинского обслуживания, ориентированного на подростков, а также на подход к здравоохранению, основанный на защите прав ребенка. При разработке осуществлялся обмен мнениями между Европейским региональным бюро ВОЗ, ответственными экспертами и Сотрудничающим центром ВОЗ.

Помимо инструмента оценки, было разработано дополнительное руководство для оказания страновым командам помощи при проведении обсуждений в фокус-группах с участием директоров школ, педагогов, медсестер, детей различных возрастных групп и родителей.

В период с августа по ноябрь 2020 г. была организована серия из четырех совместных семинаров с участием девяти страновых координаторов и, в ряде случаев, других членов страновых команд. Первые два семинара были посвящены презентации инструмента и наращиванию потенциала в целом; а третий и четвертый семинары – представлению страновых результатов первого и второго этапов процесса соответственно. В период с ноября 2020 г. по январь 2021 г. были проведены отдельные совещания с национальными координаторами каждой из стран с целью помочь им в подготовке обсуждений в рамках фокус-групп и анализе результатов для подготовки страновых докладов.

По завершении процедуры оценки в девяти странах инструмент был снова пересмотрен с учетом системной обратной связи, полученной от национальных координаторов в рамках опроса, отзывов о качестве, собранных в ходе итоговой конференции, опыта реализации данного международного проекта и комментариев и предложений со стороны других международных экспертов.

Страновые команды

Каждая страна назначила собственного национального координатора и команду, ответственных за контроль и выполнение оценки ШСЗ на страновом уровне, а также за дальнейшее ведение работы по проекту. Численность команд составляла от 4 до 12 человек. Координаторами и членами страновых команд стали профильные специалисты, в том числе координаторы проектов «Школы укрепления здоровья», «Услуги здравоохранения, ориентированные на молодежь», исследования «Модели поведения в отношении здоровья среди детей школьного возраста» и других соответствующих инициатив. Важно отметить, что в ряде стран в этой работе принимали участие министерства здравоохранения и образования. В некоторых странах в проекте участвовали НПО или представители Странового офиса ВОЗ.

Оценка на страновом уровне

Как было отмечено выше, инструмент оценки разрабатывался в качестве средства исходного анализа для стран с целью получения информации о функционировании ШСЗ с точки зрения нормативно-правового регулирования и практики. Следовательно, это всеобъемлющий процесс, требующий значительных усилий на первых этапах и одновременно имеющий ключевое значение для понимания фактической ситуации, имеющихся недостатков и, что важно, пользы, которую дети и подростки получают благодаря работе существующих служб. Эти элементы были учтены при подготовке общей методики оценки для стран-участниц. Каждый шаг крайне важен для дополнения собранной информации и формирования максимально ясного представления о ситуации.

Каждой из стран-участниц были приняты одинаковые меры по оценке ШСЗ, а именно:

- кабинетное исследование национальной законодательной и нормативно-правовой базы, регулирующей деятельность ШСЗ, в том числе на предмет соответствия Европейским стандартам качества школьных медицинских услуг, а также стандартам защиты прав ребенка, в частности закрепленных в Конвенции о правах ребенка; анализ того, насколько активно ШСЗ учитывают приоритетные задачи в области охраны здоровья детей и работают над их решением;
- проведение полуструктурированных интервью с ключевыми источниками информации;
- обсуждение в рамках фокус-групп с заинтересованными сторонами (детьми, подростками, школьными медсестрами, педагогами, родителями и руководством школ);
- онлайн-консультации на страновом уровне между отдельными страновыми координаторами и международными экспертами;
- анализ собранной информации.

По итогам кабинетного исследования странами-участницами были выбраны ключевые источники информации на уровне руководства (в министерствах здравоохранения и образования), лиц, ответственных за планирование (в местных органах здравоохранения и образования) и на местном уровне (учреждения первичной медико-санитарной помощи) для последующего проведения интервью.

Что касается обсуждения в рамках фокус-групп, то страновым командам была поставлена конкретная задача определить круг различных заинтересованных сторон с целью учета особенностей, мнений и потребностей разных групп населения, особенно детей и подростков. В частности, страновыми командами были выбраны ШСЗ в городских и сельских либо в других удаленных районах, дети и подростки различных возрастных групп и определенных уязвимых категорий (например, представители меньшинств, дети, имеющие давнее заболевание и т. п.), а также учащиеся в частных и государственных школах. В связи с пандемией COVID-19 и соответствующими ограничениями национальные команды были вынуждены адаптировать свои методы работы. Например, в Казахстане некоторые вопросы к руководству школ и все вопросы к родителям были представлены в виде онлайн-анкеты в таблицах Гугл на казахском и русском языках. В Молдове опрос детей и подростков также происходил в онлайн-формате. В Российской Федерации обсуждения в фокус-группах, в том числе с участием представителей руководства школ, проводились очно и в удаленном режиме.

В целом все страновые команды стремились принимать во внимание особенности своих стран и обеспечивать репрезентативность с учетом различных аспектов, упомянутых ранее. Краткие сведения о школах, выбранных для участия в проекте в каждой из стран, в разбивке по регионам и другим параметрам представлены в приложении 1. Помимо этого, в приложении указано общее количество заинтересованных сторон, оказавших содействие в проведении оценки и распределенных по категориям, включая детей и подростков.

Анализ и отчетность

Последним шагом в процедуре оценки стали анализ информации и представление отчетности. Как упоминалось выше, страновым командам была оказана помощь в разборе и анализе данных. Был разработан общий шаблон отчетов, который был использован каждой из стран с целью генерирования сопоставимых данных. Помимо этого, были подготовлены сводные таблицы для учета информации, собранной в результате обсуждений в рамках фокус-групп. Важно вновь подчеркнуть, что это была исходная оценка. В связи с этим страновые команды в первую очередь изучали существующую документацию (нормативно-правовые акты, стратегии и регламенты), проводили интервью с ключевыми источниками информации и, наконец, организовывали обсуждения в фокус-группах для анализа практического функционирования служб. Эта оценка, которая проводится на трех уровнях (законодательство, качество обслуживания и опыт пациентов), позволяет установить, насколько успешно соблюдается национальная нормативно-правовая база на практике, выявить пробелы и эффективные инструменты, а также получить сведения об опыте обращения детей и подростков в ШСЗ. При анализе информации все эти уровни оценки были приняты во внимание, и в итоговых выводах и рекомендациях, соответственно, также были отражены различные точки зрения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Общее положение дел в области школьного здравоохранения, включая финансирование

Во всех девяти странах-участницах ШСЗ являются бесплатными. При этом в Таджикистане только часть услуг предоставляется бесплатно, остальные услуги оплачиваются семьями при частичной финансовой поддержке. Показатель наличия медицинских служб варьируется между странами и внутри них. В большинстве стран 75% государственных школ имеют ШСЗ, и этот показатель колеблется от 10% в Таджикистане до 100% в Казахстане. В большинстве стран в сельской местности ШСЗ организованы иначе, чем в городах, или даже почти полностью отсутствуют. Шесть стран сообщают о равномерном распределении ШСЗ на всей своей территории. Как правило, ШСЗ, действующие в частных школах, руководствуются теми же правилами, которые применяются в государственных школах, при этом отчасти они лучше обеспечены кадровыми ресурсами и/или инфраструктурой. Некоторые страны сообщают о том, что ШСЗ в частных школах не отвечают действующим стандартам.

Соотношение между численностью персонала и количеством детей упоминается только тремя странами и составляет от 500 до 1500 детей на одну школьную медсестру. Дополнительный персонал для ШСЗ выделяется редко, за исключением стоматологов в Казахстане. При этом страны подтверждают, что существует потребность в дополнительных специалистах, например психологах, социальных педагогах, логопедах. Некоторые страны сообщают о наличии специальной системы направления к профильным медицинским специалистам врачами других специализаций в рамках системы здравоохранения.

В большинстве стран финансирование ШСЗ обеспечивается на национальном уровне при частичном привлечении средств региональных/местных бюджетов. Некоторые страны увязывают финансирование с показателями обязательного медицинского страхования на душу населения. В ряде стран финансирование ШСЗ осуществляется на местном уровне из бюджетов школ или учреждений первичной медико-санитарной помощи при поддержке спонсоров, Таджикистан сообщает о дефиците финансирования ШСЗ. Некоторые страны считают финансирование ШСЗ частично не соответствующим потребностям или недостаточным, особенно с учетом бремени НИЗ (нехватка финансирования мер по укреплению здоровья и профилактике)¹.

Стандарт 1: Нормативно-правовая база

Стандарт 1 требует создания межсекторальной национальной или региональной нормативно-правовой базы, которая охватывает министерства здравоохранения и образования, основана на правах ребенка и ориентирует относительно содержания и условий предоставления услуг ШСЗ.

Здравоохранение и образование неразрывно связаны между собой. ШСЗ обладают уникальной возможностью улучшить показатели систем здравоохранения и образования благодаря обеспечению профилактики и укрепления здоровья

¹ См. приложение 2. Обзор показателей школьного здравоохранения в девяти странах.

в образовательных учреждениях. Для достижения своих целей ШСЗ должны быть включены в нормативно-правовую базу в области образования и здравоохранения. Необходимо тесное сотрудничество между образовательными учреждениями и ШСЗ, а также другими учреждениями сектора с целью улучшения состояния здоровья населения. Такое сотрудничество наиболее эффективно при его организации на основе совместно разработанной нормативно-правовой базы, направленной на достижение синергии в функционировании обеих отраслей. При ее разработке должны учитываться положения Конвенции о правах ребенка и заключительные замечания Комитета по правам ребенка.

Этот стандарт предназначен для того, чтобы проверять наличие конкретных нормативно-правовых баз и оценивать степень их актуальности и соответствия положениям Конвенции, задачам систем образования и здравоохранения и потребностям детей.

Во всех странах-участницах существуют собственные межсекторальные нормативно-правовые базы, регламентирующие деятельность школьных служб здравоохранения. Все страны, кроме Таджикистана, упомянули, что она основана на Конвенции о правах ребенка. В большинстве стран изменения в законодательстве происходили в течение предыдущих 5–10 лет, в некоторых из них пересмотр осуществляется в настоящее время. Большинство нормативно-правовых актов разработаны без участия детей, подростков и их родителей или опекунов. Семь стран (Армения, Азербайджан, Беларусь, Казахстан, Молдова, Российская Федерация и Таджикистан) особо сообщили, что нормативно-правовые акты разрабатывались совместно министерствами здравоохранения и образования, причем ведущая роль при этом принадлежала, как правило, министерству здравоохранения. Молдова заявила, что ШСЗ уделено недостаточно внимания в законах об образовании.

В большинстве случаев законодательная база либо разрабатывается специально для ШСЗ, либо содержит особый раздел, касающийся ШСЗ. По содержанию нормативно-правовые акты значительно различаются, во многих из них описаны функции и стандарты ШСЗ, в других имеются конкретные положения об инфраструктуре «здоровой школы», о мерах укрепления здоровья и профилактики, о сотрудничестве между специалистами. Например, в Армении принят ряд постановлений, непосредственно определяющих порядок оказания медицинских услуг в школах, функции ШСЗ, основные принципы работы медсестер и организационные стандарты. Национальное законодательство Казахстана, пересмотренное в 2020 г., включает постановления о мерах укрепления здоровья, профилактики, участии родителей и учащихся, а также об охране психического здоровья (в том числе о предупреждении суицидального поведения и зависимости, вызванной табакокурением, злоупотреблением психоактивными веществами и азартными играми). Молдова упоминает о наличии стандартов качества – некоторые из них были разработаны с участием детей.

В докладе Армении указано, что в законодательстве не отражена потребность в специальной инфраструктуре ШСЗ для детей с инвалидностью. Также отмечается отсутствие механизмов мониторинга и подотчетности. Другие страны заявляют об отсутствии специальных стандартов качества и необходимости принятия процессуальных норм для практического применения: Азербайджан констатировал, что в стране отсутствует единая политика в отношении функций и условий работы ШСЗ, а Казахстан сообщил о необходимости внедрения стандартов качества.

Узбекистан и Армения заявили о недостаточном соблюдении постановлений и стандартов.

Специальная нормативно-правовая база каждой из стран описана в индивидуальных страновых отчетах, представленных в приложениях 4–12.

Заключительные замечания в отношении Стандарта 1

Проведена значительная работа по подготовке межсекторальной специальной нормативно-правовой базы для ШСЗ, основанной на Конвенции о правах ребенка. В то же время в результате оценки выявлены соответствующие пробелы и направления для дальнейших улучшений. Например, в законодательстве может быть уделено больше внимания детям с особыми потребностями (с нарушениями развития, медицинскими, психологическими или поведенческими нарушениями) или группам детей, находящихся в уязвимом положении. Создание нормативно-правовой базы с участием детей и их родителей и опекунов также будет способствовать более полному соответствию существующих служб фактическим потребностям детей и, следовательно, общему повышению качества помощи. В качестве главной проблемы заявлен вопрос финансирования ШСЗ, поэтому деятельность ШСЗ подлежит надлежащему регламентированию, в том числе в части выделения средств.

Стандарт 2: Медицинская помощь, ориентированная на детей и подростков

В Стандарте 2 указано, что «ШСЗ учитывают принципы, характеристики и аспекты качества, необходимые для медицинских услуг, доброжелательных по отношению к детям и подросткам, и используют их соответствующим образом применительно к детям и подросткам на всех стадиях развития и во всех возрастных группах. В процессе взаимодействия ШСЗ с родителями также используются принципы доступности, социальной справедливости и приемлемости».

Этот стандарт показывает, насколько действующие службы учитывают различные аспекты медицинской помощи, ориентированной на детей и подростков, а также подход к здравоохранению, основанный на защите прав ребенка. В частности, учитываются право детей на информацию и участие в процессе принятия решений по вопросам здравоохранения, их право на недопущение дискриминации и право на здоровье, закрепленное в статье 24 Конвенции о правах ребенка. Поскольку этот стандарт тесно связан с правами детей, крайне важно принимать во внимание мнение детей и подростков об их представлениях, опыте обращения и уровне удовлетворенности работой существующих служб.

Равноправие

Равноправие означает принцип, согласно которому услуги школьного здравоохранения предоставляются на равной основе во всех школах конкретной страны. Например, могут быть приняты законодательные акты и стратегии, согласно которым ШСЗ должны действовать во всех школах и для всех детей школьного возраста независимо от их социальной принадлежности или других характеристик. В рамках оценки этого параметра был также проведен анализ того, насколько, по мнению детей, подростков и их родителей, обращение работников ШСЗ с детьми и подростками соответствует критериям равноправия в том, что касается уважения и оказания медицинской помощи. Этот аспект включает адаптацию работы служб

к потребностям и особенностям детей при необходимости.

В целом дети, подростки и родители сообщают о равном и уважительном отношении к себе со стороны медицинских работников. Несколько стран заявили о наличии специального законодательства или стратегий для обеспечения равноправия. В Кыргызстане, по словам взрослых участников и подростков, «консультационная помощь предоставляется на понятном им языке (кыргызском, русском, узбекском)». В Беларуси «иностранные граждане и лица без гражданства, постоянно проживающие в Республике Беларусь, имеют право доступное медицинское обслуживание наравне с гражданами Республики Беларусь, если иное не установлено законодательными актами и международными договорами Республики Беларусь». В Узбекистане законодательством, регулирующим «правовой статус граждан Республики Узбекистан, предусмотрено, что дети обладают всеми правами, закрепленными в Конвенции о правах ребенка, в том числе правом на недопущение дискриминации независимо от расы, цвета кожи, пола, языка, религии, политических или иных убеждений, национального, этнического или социального происхождения, имущественного положения или состояния здоровья». В Республике Молдова «в целях обеспечения равноправия приняты специальные меры политики и процедуры для ШСЗ, отраженные в стандартах качества ШСЗ, утвержденных совместным указом министерства здравоохранения и образования № 613/441 от 27.05.2013. Стандарты качества были разработаны на основе действующих в Республике Молдова стандартов качества медицинской помощи, ориентированной на молодежь». В Азербайджане «существует нормативно-правовая база, способствующая предоставлению доступа к помощи для детей из числа меньшинств, мигрантов и беженцев, и обеспечивающая качество такой помощи».

В то же время результаты исследования, проведенного в Таджикистане, показали, что «услуги школьного здравоохранения не оказываются на равной основе во всех школах и на всех уровнях. В настоящее время единственным утвержденным национальным документом является распоряжение «О порядке организации лечебно-санитарной профилактической помощи в образовательных учреждениях и детских дошкольных образовательных учреждениях». В ходе интервью ключевые заинтересованные стороны заявили, что им неизвестно о существовании каких-либо систем ШСЗ на национальном уровне». Также было отмечено, что в Кыргызстане «ШСЗ в городских и региональных школах работают по удобному графику, тогда как в сельских школах дети могут получить доступ к помощи только в определенное время». В городских школах детям известно о существовании ШСЗ, а в сельских школах они не проинформированы о наличии таких служб».

Доступность

Недопущение дискриминации – это один из основополагающих принципов защиты прав ребенка. Что касается права детей на здоровье, предполагается, что службы здравоохранения должны быть физически доступны, т. е. они должны находиться в безопасных пределах досягаемости для всех детей и подростков, в том числе инвалидов и других уязвимых групп, а также быть экономически доступными. Экономическая доступность как таковая не означает, что услуги должны быть бесплатными, но их стоимость должна быть приемлемой для всех. Помимо этого, доступность подразумевает право на поиск, получение и распространение информации, связанной со здоровьем, в доступной форме. Следовательно, дети

и подростки должны получать информацию о существующих службах (т. е. о предоставляемых услугах, графике работы ШСЗ, о том, кто и каким образом может обратиться в такие службы), о соответствующих нарушениях здоровья, а также о положительных моделях поведения в отношении здоровья. Кроме того, в соответствии с этим правом должно быть обеспечено конфиденциальное обращение с персональными данными о состоянии здоровья (15).

По меньшей мере в семи странах услуги ШСЗ являются бесплатными. Что касается графика работы и времени ожидания, не все страны непосредственно рассматривают этот вопрос в своих докладах. Согласно имеющейся информации, как минимум четыре страны полагают, что время и/или режим работы ШСЗ являются удобными, и как минимум две страны пришли к противоположному выводу. Сообщается, что в Российской Федерации «большинство школьников проинформированы о том, в каких случаях они могут обратиться в ШСЗ и какую помощь они могут получить в медицинских кабинетах. В целом продолжительность ожидания является приемлемой. Практически все опрошенные дети уверены, что информация о состоянии здоровья не раскрывается третьим сторонам. Учащиеся первого класса образуют особую группу детей, не обладающую значительным опытом общения с медицинскими работниками. Они сообщают, что боятся посещать медицинские кабинеты; они не понимают, почему и с какой целью там находятся». В Азербайджане «большинство родителей (86%), принявших участие в обсуждениях в рамках фокус-групп, отмечают, что в школах информация об услугах ШСЗ и о способах получения доступа к ним в основном предоставляется учителями и школьными врачами; родители получают информацию от детей или на специальных родительских собраниях».

В то же время в Республике Молдова почти 40% подростков, принявших участие в оценке, отметили, что в ряде случаев, когда им требовалась медицинская помощь, медицинский кабинет был закрыт». А в Беларуси «родители заявляют, что их не интересует время работы медицинских кабинетов ШСЗ, поскольку они предпочитают обращаться к районным педиатрам в поликлинике или в частные медицинские центры». Эти данные, полученные в Беларуси и, возможно, не являющиеся специфичными для этой страны, указывают на тот факт, что родители не всегда осведомлены о роли и важности ШСЗ. Например, в Казахстане в результате оценки было установлено, что «уровень осведомленности родителей о доступных услугах ШСЗ крайне низок. Только 18% родителей когда-либо получали сведения о доступных услугах ШСЗ, а 82% не располагают никакой информацией». В Узбекистане получены аналогичные результаты. Помимо этого, было выявлено, что в Азербайджане «все дети и родители полагают, что к школьным медработникам следует обращаться только в случае возникновения чрезвычайной ситуации или боли (головной, зубной, боли в животе). К сожалению, дети не обращаются к медработникам для получения информации или в профилактических целях – только по случаю специальных мероприятий, посвященных популяризации здорового образа жизни».

Приемлемость

Одним из аспектов доступности услуг является приемлемость, т. е. предлагаемые услуги здравоохранения должны быть приемлемыми для тех, для кого они предназначены. В конкретном случае ШСЗ для подростков это требование может быть выполнено, например, за счет соблюдения их права на конфиденциальность при оказании помощи или посредством создания условий и привлечения специалистов, которые располагают необходимыми навыками для донесения значимой информации, в том числе по вопросам сексуального образования, насилия или другим темам, обсуждение которых является более затруднительным. В случае детей младших возрастных групп это означает устранение страхов, связанных с больницами или посещением врача, приведение помещений в соответствие с их потребностями и иные меры.

Было установлено, что в подавляющем большинстве стран доступна конфиденциальная медицинская помощь, в частности, соответствующая политика действует в Беларуси и Казахстане. В целом подростки и родители отмечают доброжелательное отношение школьных медсестер и их готовность оказать помощь. Тем не менее на практике возникают обстоятельства, препятствующие соблюдению права детей и подростков на неприкосновенность частной жизни и конфиденциальность. Например, в Армении «подростки и их родители отмечают, что работники ШСЗ внимательны и заботливы, не раскрывают информацию о подростках другим заинтересованным сторонам; гарантирована конфиденциальность информации. В то же время медицинский осмотр и обследования детей не всегда проводятся в отдельных помещениях по ряду причин: малая площадь кабинетов, дефицит времени у медсестер, проведение обследований во время уроков и т. д. В результате подростки испытывают дискомфорт, сообщая медсестрам личные сведения, и опасаются раскрытия этой информации». Аналогичные результаты были получены в Республике Молдова, где «практически все респонденты подросткового возраста (примерно 80%) отмечают, что никогда не сталкивались с осуждающим отношением со стороны школьной медсестры при общении с ней; около 10% заявляют, что периодически сталкиваются с таким отношением, и только в одном случае сообщалось о постоянном осуждающем отношении школьной медсестры». Кроме того, «по мнению школьных медсестер, практически всегда (в 90,6% случаев) прием и обследование детей и подростков происходит в отдельных помещениях. Примерно в 10% случаев они отмечают, что это не всегда возможно, особенно в силу нехватки помещений для этих целей. Например, одна медсестра заявила: «У меня не всегда есть возможность соблюдать конфиденциальность личной информации пациента, потому что работаю в одном кабинете со школьным психологом». Это мнение было подтверждено подростками.

Участие

Участие является одним из руководящих принципов Конвенции о правах ребенка и признается в качестве важнейшего права, способствующего охране здоровья детей и подростков и расширению их прав и возможностей в этой области. Участие может быть обеспечено на двух уровнях. На индивидуальном уровне это означает получение информации о том, что происходит с ними, и привлечение детей и подростков к процессу принятия решений, касающихся их здоровья. На коллективном уровне подразумевается обеспечение участия детей и подростков в оценке, создании и улучшении служб здравоохранения (16).

Что касается участия детей и подростков в процессах принятия решений, касающихся их здоровья, то три страны ссылаются на действующее национальное законодательство о праве детей на информированное согласие, где уточняется, что дети в возрасте старше 16 лет (Азербайджан и Казахстан) и старше 14 лет (Узбекистан) могут давать согласие на лечение и врачебные манипуляции. Ни одна из стран не упоминает о возможности получения согласия со стороны несовершеннолетних. Только две страны заявляют о наличии соответствующего законодательства, но вполне вероятно, что такие законы приняты и в других странах региона. Также две страны сообщили о том, что они всегда привлекают детей к процессу принятия решений (Азербайджан и Беларусь), еще две страны заявили, что такая работа не проводится (Кыргызстан и Казахстан), а в одной из стран треть опрошенных медсестер указали на отсутствие четкой процедуры по этому вопросу. Четыре страны не предоставили соответствующих сведений.

Что касается участия детей и подростков в оценке, создании и улучшении служб здравоохранения, большинство респондентов сообщили об отсутствии такой системы. Две страны заявили о частичной реализации этого принципа (Беларусь и Молдова). В этой связи перспективная практика была выявлена в Азербайджане, где в школах № 177 и 202 г. Баку создана «малая академия» – школьный совет, позволяющий детям всех возрастных групп участвовать в принятии решений в школе.

Эффективность и безопасность

В рамках этого аспекта изучается наличие у персонала ШСЗ компетенций, необходимых для работы с детьми, принятие и использование основанных на фактических данных протоколов и руководящих принципов, возможности медперсонала уделять достаточно времени эффективной работе с детьми и подростками, наличие необходимого оснащения, расходных материалов и основных ресурсов для оказания требуемой помощи, а также протоколов, гарантирующих качество и безопасность обслуживания. Эти элементы имеют первостепенное значение для работы ШСЗ при надлежащем учете новых фактических данных, что позволяет обеспечить качественную помощь и безопасность для детей и подростков. Помимо этого, крайне важны надлежащие протоколы и руководящие принципы, исключающие проведение ненужных скрининговых обследований или других нецелесообразных мероприятий.

Четыре страны особо отметили, что работники ШСЗ обладают компетенциями, необходимыми для работы с детьми. Имеются сведения о том, что в большинстве стран на национальном уровне утверждены основанные на фактических данных протоколы и руководящие принципы. В этой связи было отмечено, что в Кыргызстане, несмотря на принятие соответствующих протоколов и руководящих принципов, в сельской местности они доступны только на уровне округов, и во всех случаях специалистам предоставляется ограниченный доступ к таким руководящим документам. Молдова также отметила, что несмотря на наличие в стране соответствующих протоколов, в ШСЗ отсутствует четкий перечень клинических протоколов и руководящих принципов, как и перечень видов оказываемой помощи. В трех странах было выявлено, что у работников ШСЗ недостаточно времени для эффективной работы с детьми (Армения, Республика Молдова и Кыргызстан),

а в двух странах времени выделяется достаточно (Беларусь и Казахстан). В Российской Федерации и Таджикистане этот вопрос непосредственно не рассматривался.

Помимо информации, предоставленной выше, важно отметить, что некоторые страны в процессе анализа выявили проблемы, которые носят явно сложный характер. В Армении «к требующим решения проблемам относится перегруженность персонала обязанностями по составлению отчетов, заполнению ведомостей и журналов; отсутствие медицинских кабинетов в некоторых школах; необходимость укомплектования медсестрами сельских малых школ; неэффективное распределение времени; отсутствие консультационной помощи со стороны медсестер; обязательное информирование подростков и их родителей об услугах ШСЗ; конфиденциальность и информация о конфиденциальности; создание надлежащих условий для детей-инвалидов в кабинетах медсестер; и повышение уровня доверия к медсестрам и их авторитета. В Таджикистане «работники ШСЗ не мотивированы (...) и не выполняют свои функции надлежащим образом. Практически ни в одной из посещенных школ медперсонал не проводит всестороннюю работу по профилактике инфекционных и неинфекционных заболеваний (...). Школьные медработники также уделяется недостаточно внимания проблемам сексуального, репродуктивного здоровья и т. п. Имеются сведения о случаях насилия. В ответ на вопрос об отношении к ним учителей дети сообщили о случаях грубого и неприемлемого поведения в отношении детей, в некоторых ситуациях – о публичном унижении личности и достоинства ребенка». В Казахстане выявлена следующая проблема, которая может быть актуальна для всей группы стран: «Необходимо создать специальные условия для проведения периодической оценки планового скрининга на предмет его фактологической обоснованности и целесообразности; скрининговые исследования, не основанные на фактических данных, подлежат пересмотру».

Заключительные замечания в отношении Стандарта 2

Во всех странах-участницах ведется работа и уделяется внимание многим аспектам, рассмотренным в рамках Стандарта 2, в том числе равенству, доступности и приемлемости. В то же время были обнаружены различные недостатки, требующие исправления. Стали очевидны неверное представление о ШСЗ и об их задачах, а также значительный дефицит информации. В результате анализа выявлены отклонения с точки зрения доступности и наличия услуг, в том числе неподходящее время работы, дефицит выделяемого времени, а также нехватка основанных на фактических данных протоколов и руководств и недостаточная квалификация персонала. Последние две проблемы особенно важны для обеспечения качества и безопасности обслуживания детей и подростков, поэтому они должны быть тщательно проанализированы странами-участницами, причем даже теми из них, где уже приняты соответствующее законодательство и директивные документы. Одним из основных пробелов в соблюдении прав детей является недостаточное внимание к их праву на участие в организации здравоохранения – как на индивидуальном, так и на коллективном уровне. Исходя из полученных результатов очевидна необходимость совершенствования и укрепления существующих служб, чтобы они оказывали качественную помощь и действительно приносили пользу детям и подросткам.

Стандарт 3: Помещения, оснащение, укомплектованность кадрами и системы управления данными ШСЗ

Согласно Стандарту 3, ШСЗ должны располагать медицинскими кабинетами, оснащением, укомплектованностью кадрами и системами управления данными, которые позволяют им достигнуть поставленных целей. (вопросы укомплектованности кадрами и систем управления данными рассмотрены в Стандарте 5 и Стандарте 7 соответственно).

Чтобы гарантировать оказание современной медицинской помощи, комнаты должны соответствовать существующим санитарно-гигиеническим нормам (в том числе стандартам в отношении размеров, освещения, вентиляции, отопления и местонахождения) и быть надлежащим образом обставлены и оснащены (в частности, лекарственные средства экстренного назначения должны храниться и контролироваться надлежащим образом). Важно проектировать комнаты таким образом, чтобы обеспечить право детей на личное пространство и конфиденциальность. Оснащение также включает материалы по вопросам укрепления здоровья. При проведении оценки учитывалось не только наличие информационных материалов о здоровье, но и методы их разработки и каналы распространения среди детей, их родителей и опекунов.

Помещения

Большинство стран заявляют о необходимости наличия специализированных медицинских кабинетов в школах, но во многих странах реальная ситуация иная: Таджикистан сообщает о практически полном отсутствии таких кабинетов, за исключением частных школ и лицеев, и только Российская Федерация утверждает, что на территории всей страны в школах есть кабинеты с надлежащим оснащением, кроме запаса лекарственных средств экстренного назначения. Большинство стран сообщают о разрыве в показателях наличия и соответствия кабинетов требованиям в части оснащения и санитарно-гигиенических норм. В целом ситуация в городских школах лучше, чем в сельских. Особой проблемой является невозможность гарантировать конфиденциальность на постоянной основе, прежде всего в сельских районах, где медсестры лишь посещают школы, не имея там постоянного рабочего места. Одна из стран описывает значительные усилия, прилагаемые персоналом для обеспечения конфиденциальности даже в таких неблагоприятных условиях. Кроме того, некоторые страны упоминают, что медицинские кабинеты не приспособлены для детей с инвалидностью.

Большинство стран заявляют о существовании запаса лекарственных средств экстренного назначения; однако процесс его пополнения не налажен должным образом. Использование компьютеров упоминается редко, и даже при их наличии сообщается об их недостаточном количестве. По словам одного из работников школьной службы здравоохранения, по причине отсутствия цифровых устройств ШСЗ не могут достигнуть желаемого уровня оперативности и эффективности, например при необходимости направления пациентов к профильным специалистам, поэтому родители стремятся обращаться за помощью непосредственно в медицинские организации частного сектора, оказывающие платные услуги.

Популяризация здорового образа жизни

Большинство стран сообщают о наличии в школах разработанных на национальном или региональном уровне материалов по вопросам популяризации здорового образа жизни; чаще всего есть возможность размещения таких материалов в зонах ожидания, а в некоторых случаях – и в других школьных помещениях. Согласно сообщениям ряда стран, в школах выделены специальные уголки, где дети могут ознакомиться с книгами о здоровом образе жизни и укреплении здоровья. Помимо этого, в некоторых странах детям предоставляется возможность создания собственных плакатов, посвященных здоровому образу жизни. При этом лишь немногие страны заявляют об участии детей в разработке материалов на эту тему. Во многих школах педагоги проводят лекции по здоровому образу жизни; но у учителей не всегда имеются актуальные руководства и материалы для уроков, отсутствует специальная подготовка по данной тематике. Три страны (Армения, Беларусь и Российская Федерация) сообщают о наличии специальных сайтов, посвященных популяризации здорового образа жизни, отчасти предназначенных для подростков и разработанных с их участием; эти сайты активно используются детьми, родителями и педагогами. В то же время печатные материалы чаще всего не вызывают у детей особого интереса. Беларусь выдвинула предложение о поиске новых способов распространения материалов по популяризации здорового образа жизни, в том числе веб-сайтов и социальных сетей, и заявила, что «предлагаемые материалы о здоровом образе жизни и укреплении здоровья не всегда вызывают живой интерес у детей и их законных представителей. Развитие существующих информационных платформ, где сведения такого рода предоставляются на равноправной основе всеми участниками, может быть полезным инструментом для поддержания поведения, сберегающего здоровье».

В дополнение к программам по популяризации здорового образа жизни, которые адресованы детям и проводятся с их участием, предлагается организация курсов первой и неотложной помощи для педагогов и учащихся.

Заключительные замечания в отношении Стандарта 3

Согласно результатам оценки, в концептуальных документах всех стран отражена необходимость наличия специализированных медицинских кабинетов, но реальная ситуация выглядит менее благоприятной. Должна быть решена проблема отсутствия стандартов, регулирующих санитарно-гигиенические требования к инфраструктуре, а также стандартизированных процедур, гарантирующих пополнение запасов лекарственных средств экстренного назначения. Существенным недостатком имеющейся инфраструктуры является невозможность гарантировать на постоянной основе конфиденциальность личной информации и учет потребностей молодежи, предписанные Стандартом 2, в силу нехватки соответствующих помещений, при этом сообщается, что персоналу известно об этих проблемах. Особого внимания требует существующий разрыв между сельскими и городскими районами, поскольку сельские школы находятся в более сложном положении с точки зрения наличия медицинских кабинетов и их соответствия нормативам. Другая область, требующая улучшений, – это реформирование процессов, так как, например, существующие сложные процедуры подготовки документов и отсутствие цифровых устройств могут препятствовать эффективной работе, в том числе в части направления пациентов к профильным специалистам.

Материалы по популяризации здорового образа жизни имеются в большинстве стран, но дети чаще всего не участвуют ни в их разработке, ни в распространении. В целом привлечение к этой работе учащихся школ позволит повысить актуальность таких материалов для молодежи и заинтересовать ее. Методы активного распространения материалов на тему здорового образа жизни на интерактивной основе, например в ходе консультаций, коллективных занятий или иными способами, могут быть усовершенствованы для охвата более широкой детской аудитории.

Помимо этого, для распространения наиболее современных достижений в области укрепления здоровья ШСЗ должны предоставлять учителям, проводящим уроки на тему здорового образа жизни, руководящие документы и необходимые материалы. Использование цифровых коммуникационных технологий и социальных сетей в целях популяризации здорового образа жизни развито в недостаточной степени, следует оказывать странам содействие в изменении их стратегий в соответствующем направлении. Возможно, страны-участницы сочтут целесообразным обмен опытом с другими странами Региона, где такие стратегии уже применяются.

Стандарт 4: Многостороннее сотрудничество

Стандарт 4 устанавливает требование о сотрудничестве между ШСЗ, учителями, администрацией школы, родителями, детьми и членами местного сообщества (включая медицинские учреждения по месту проживания), и о четком определении соответствующих полномочий.

ШСЗ функционируют как часть плотной сетевой структуры в рамках школ, поскольку они связаны также с сектором здравоохранения и местным населением. Чтобы добиться наилучших показателей здоровья детей, необходимо интенсивное сотрудничество между всеми перечисленными заинтересованными сторонами. Правилами сотрудничества – как и в других условиях – являются активная работа по созданию и поддержанию сетевого взаимодействия с помощью ясных и прозрачных средств коммуникации и четкое определение роли и обязанностей каждого участника такой структуры.

Согласно результатам оценки, сотрудничество между ШСЗ и школами налажено должным образом в шести из девяти стран-участниц. Интересная модель сотрудничества описана двумя странами (Беларусь и Узбекистан). В качестве основы для взаимодействия в этих странах созданы советы попечителей. Узбекистан сообщает, что «руководство школ и преподавательский состав оказывают поддержку персоналу ШСЗ путем создания совета попечителей учреждения общественного здравоохранения (на основании предписания), состоящего из избранных представителей различных групп заинтересованных сторон (детей, педагогов, родителей, представителей местных органов власти, выпускников, а также представителей организаций, оказывающих помощь работе школ). К целям совета попечителей относятся мониторинг образовательной деятельности в школе и содействие улучшению условий такой деятельности». В то же время Армения упоминает об отсутствии сотрудничества со школами, в частности, ШСЗ трудно получить временные интервалы во время занятий для проведения медицинских процедур с детьми. Молдова описывает препятствия, создаваемые образовательными учреждениями в части допуска медсестер к принятию решений на уровне школ. Опрошенные заинтересованные стороны заявляют, что «медсестрам не хватает знаний об образовательных процессах». Таджикистан

сообщает об отсутствии сотрудничества между учреждениями на уровне местных школ. При этом деятельность по укреплению здоровья в рамках сети Школ здоровья Европы позволила установить тесные партнерские связи между школами, ШСЗ и родителями.

В большинстве стран школы помогают ШСЗ выделять время для работы с детьми. Таджикистан особо упоминает, что школы также содействуют в предоставлении временных интервалов, которые могут быть использованы медработниками для проведения уроков на тему здорового образа жизни. Шесть стран непосредственно заявляют, что школы обеспечивают передачу родителям информации от ШСЗ. Казахстан и Кыргызстан сообщают о наличии электронной платформы для обмена сообщениями, способствующей налаживанию контактов между школой и родителями. Согласно утверждению Российской Федерации, «веб-сайты школ содержат контактную информацию и график работы медицинских кабинетов, а также специальные разделы для детей и их родителей с актуальными сведениями о здоровом образе жизни, профилактике инфекционных заболеваний и травм, памятками для родителей; имеется также специальный раздел для учителей с информацией о лекциях и уроках на тему здоровья».

Пять стран – Азербайджан, Беларусь, Казахстан, Кыргызстан и Молдова – упоминают, что персонал ШСЗ участвует в разработке индивидуальных учебных планов для детей с особыми потребностями. Казахстан отмечает, что такая работа проводится междисциплинарной группой, в состав которой входят психологи, социальные педагоги, учителя и специалисты по вопросам обеспечения инклюзивности в школах.

В большинстве стран работники ШСЗ помогают учителям в деятельности по укреплению здоровья, а в некоторых из них эта деятельность включает структурированное совместное планирование. В Узбекистане составление рабочего плана мероприятий по укреплению здоровья является задачей совета попечителей, в который входят работники ШСЗ. В Российской Федерации такое сотрудничество налажено, но учителя нуждаются в более подробных рекомендациях и консультациях со стороны персонала ШСЗ в целях проведения уроков по укреплению здоровья. В Беларуси работники ШСЗ также ведут работу по сохранению у детей здоровой осанки в сидячем положении, регулируя высоту стульев по их росту, и помогают уставшим детям выполнять упражнения для глаз. Примерно половина стран сообщает об участии персонала ШСЗ в организации школьного питания и обеспечении санитарно-гигиенических условий, например в контроле состава пищевых продуктов и соблюдении стандартов гигиены в школьной столовой. При этом одна из стран отмечает, что такая деятельность осуществляется только в городских школах.

Прямое общение с родителями налажено только в некоторых странах. В Узбекистане в ШСЗ созданы специальные «команды ШСЗ», состоящие из представителей школ и родителей. В Молдове работники ШСЗ принимают участие в родительских собраниях. Сотрудничество между ШСЗ и местным населением стран-участниц не развито. При этом в Казахстане, например, разработан план сотрудничества, основанный на распределении ролей заинтересованных сторон на местах в целях укрепления здоровья детей.

Большинство стран сообщают о наличии у ШСЗ развитых систем направления. Тем не менее, Казахстан заявляет, что это не всегда позволяет обеспечить непрерывность

оказания помощи, поскольку дети не являются на прием в назначенное учреждение. Одна из выявленных причин таких пропусков заключается в том, что дети были направлены не в те учреждения первичного звена здравоохранения, которые они обычно посещали. В числе прочих обнаруженных препятствий для направления пациентов необходимо отметить слишком медленную процедуру, связанную с отсутствием цифровых устройств, и некоторые родители самостоятельно обращаются к медицинским специалистам, оказывающим платные услуги. Помимо этого, установлено, что направление затруднено из-за отсутствия нужных специалистов в сельских районах.

В целом сотрудничество между ШСЗ, школами и учителями налажено достаточно эффективно, тогда как сотрудничество с родителями, медицинскими работниками и местным населением развито в меньшей степени.

Заключительные замечания в отношении Стандарта 4

Сотрудничество между ШСЗ, школами, учителями и родителями крайне важно для обеспечения эффективности и результативности работы ШСЗ с точки зрения защиты здоровья каждого ребенка и осуществления качественных мер по укреплению здоровья в условиях школы. При проведении настоящей оценки было выявлено, что уровень развития такого сотрудничества в разных странах значительно варьируется и в основном является недостаточным. В некоторых странах созданы перспективные модели взаимодействия, которые могут быть использованы при разработке другими странами стратегий по развитию сотрудничества с родителями, местным населением и сектором здравоохранения. В частности, потенциал родителей в части содействия укреплению здоровья используется не в полной мере, и в будущих моделях должны быть предусмотрены способы привлечения родителей к этой деятельности. Потенциал цифровых коммуникаций задействован только в некоторых странах, поэтому в будущем необходимо учитывать широкие возможности информационных технологий. Следующий пробел заключается в невозможности гарантировать непрерывность оказания помощи детям с хроническими заболеваниями. Для удовлетворения потребностей таких детей в медицинском обслуживании необходимо тесное сотрудничество между ШСЗ и учреждениями здравоохранения местного уровня, в том числе эффективная система направлений к профильным специалистам.

Стандарт 5: Компетенции персонала

Стандарт 5 предусматривает наличие у персонала ШСЗ четко обозначенных должностных обязанностей, адекватных знаний и умений, а также приверженности делу обеспечения стандартов качества ШСЗ.

Высококвалифицированные работники с четко обозначенным кругом обязанностей и достаточным ресурсом времени для выполнения поставленных задач – это необходимое условие достижения цели ШСЗ, т. е. улучшения состояния здоровья всех детей. Предварительная подготовка и обучение на рабочем месте осуществляются на основе регулярно обновляемой программы, предусматривающей оценку профессиональных качеств, а также обеспечиваются за счет непрерывного повышения квалификации, в том числе в форме контроля со стороны коллег-супервизоров. Для установления доверительных отношений и надлежащей оценки биопсихосоциальных показателей здоровья детей крайне важно уделять каждому

из них достаточное количество времени. Наличие у персонала времени и навыков для мониторинга, оценки и, следовательно, обслуживания с опорой на фактические данные способствует повышению качества работы ШСЗ. Навыки и временной ресурс для проведения исследований могут стать дополнительным фактором улучшения ШСЗ на национальном уровне. Мотивация работников зависит от надлежащей подготовки, налаженных рабочих процессов, достаточного количества времени, а также приемлемого уровня оплаты труда и ряда других факторов.

При проведении анализа практически все страны непосредственно заявили о наличии четких и достаточных описаний должностных обязанностей школьных медработников, однако в ряде стран такие описания предусмотрены не для всех категорий персонала. Что касается выполнения должностных обязанностей, то некоторые страны сообщают, что работники не соблюдают инструкции.

В ряде стран действуют программы последипломного обучения специально для персонала ШСЗ. Например, такая подготовка проводится в течение месяца в Молдове, структурированная учебная программа действует в Казахстане, новая программа обучения проводится в одном из городов Российской Федерации. Действуют протоколы подбора персонала, предусматривающие непрерывное медицинское обучение с переаттестацией, такие как, например структурированная программа обучения и переаттестации в Казахстане. Некоторые страны упоминают об участии в учебной программе EuTEACH (*European Training in Effective Adolescent Health and Care*), которую оценивают как полезную.

Четыре страны (Азербайджан, Беларусь, Казахстан, Молдова) заявляют, что у работников ШСЗ есть доступ к новой информации. Молдова сообщает, что такой доступ обеспечен как минимум в некоторых регионах страны. Примером передовой практики является *интернет-платформа*, созданная в Молдове для персонала ШСЗ.

Ряд стран упоминает о наличии института наставничества и каналов обратной связи для персонала ШСЗ, в частности в школах по популяризации здорового образа жизни. В Казахстане обеспечивается систематический мониторинг ШСЗ, которым занимаются территориальные координаторы на возмездной основе.

Что касается персонала, то лишь в немногих странах в школах работают коллективы, состоящие из нескольких медицинских специалистов разного профиля. Например, ШСЗ редко бывают укомплектованы специалистами по охране психического здоровья. Шесть стран представили данные об соотношении числа детей и медработников; в среднем такой показатель составляет примерно 1 медсестру на 500–700 детей (соотношение варьируется от 1 школьной медсестры на 390 детей в ряде регионов Казахстана до 1 школьной медсестры на 1500 детей в Кыргызстане)². Как и в случае других стандартов, странами были выявлены различия по показателю обеспеченности медработниками между городскими и сельскими ШСЗ: последние располагают меньшими кадровыми ресурсами.

² Дополнительная информация о персонале доступна в приложении 2 «Обзор показателей школьного здравоохранения в девяти странах»

Низкая численность персонала приводит к его высокой загруженности. Результаты оценки показали, что дефицит времени также усугубляется нецелесообразным содержанием работы и неэффективностью управления.

Кроме того, существенной проблемой многих стран является низкая мотивация работников ШСЗ. Среди причин упоминается более низкий уровень заработной платы по сравнению с сопоставимыми должностями в учреждениях ПМСП и стационарах, недооцененность их труда, ограниченные возможности для профессионального развития (в частности, нехватка времени и отсутствие стимулов), более низкое положение в школьной иерархии по сравнению с педагогами; а в ряде случаев сообщается даже о дискриминации школьных медсестер.

Заключительные замечания в отношении Стандарта 5

В большинстве стран существуют четкие описания должностных функций персонала ШСЗ, при этом были выявлены значительные недостатки в плане их укомплектованности кадрами. Действующие стандарты обеспеченности медработниками часто не соблюдаются, особенно в сельских районах, что создает риск снижения качества выполняемой работы. Помимо этого, возникающая в итоге избыточная нагрузка персонала делает известную проблему низкой мотивации, возникающую вследствие в том числе неприемлемо низкой заработной платы, особенно острой. Выявлен значительный разброс с точки зрения уровня предварительной подготовки и обучения на рабочем месте, которые являются важнейшим условием качественных медицинских услуг. Для улучшения состояния здоровья всех детей все страны должны создавать условия для надлежащего обучения, найма и удержания квалифицированного персонала ШСЗ.

Стандарт 6: Пакеты услуг

Стандарт 6 устанавливает требование определения пакета услуг ШСЗ, основанного на приоритетных задачах общественного здравоохранения, подкрепленного научно обоснованными протоколами и руководящими принципами. Пакет услуг охватывает общие подходы на базе населения, включая укрепление здоровья в школах, а также услуги, сформированные на базе индивидуальных потребностей.

Очень важно, чтобы содержание комплекса услуг соответствовало потребностям в популяризации здорового образа жизни и задачам здравоохранения каждой из стран. Поэтому первостепенное значение имеет проведение эпидемиологической работы с учетом особенностей страны и с опорой на фактические данные, с тем чтобы определить приоритетные проблемы здравоохранения, требующие решения с помощью мер укрепления здоровья и здравоохранения, в том числе путем раннего выявления и вмешательства. Раннему выявлению заболеваний способствует организация скрининговых обследований. При этом эффективный скрининг осуществляется по четко определенным правилам и критериям, основанным на фактических данных. Следует отказаться от проведения скрининга, если он не основан на фактических данных и неэффективен, поскольку это приведет к напрасному расходованию ресурсов, безотлагательно необходимых на других направлениях. Кроме того, нецелесообразные скрининговые обследования могут привести к негативным последствиям для пациентов, в том числе к их стигматизации. Комплекс услуг ШСЗ должен быть неотъемлемым элементом национальной системы здравоохранения и надлежащим образом дополнять ее.

Следовательно, содержание комплекса услуг ШСЗ может варьироваться в зависимости от страны.

Скрининг

Согласно данным настоящего анализа, в восьми из девяти стран-участниц³ всем детям предоставляется широкий спектр услуг в области скрининга физических патологий и нарушений развития. В некоторых странах также проводится скрининг психических заболеваний. В перечень услуг входят раннее выявление, лечение, направление к профильным специалистам и профилактика инфекционных заболеваний и ряда НИЗ. Основой для оказания такой помощи являются государственные нормативно-правовые акты.

Во всех странах осуществляется скрининг нарушений зрения и слуха. В отношении скрининга других заболеваний подходы в разных странах значительно варьируются. Например, в некоторых из них полностью отсутствует практика скрининга болезней опорно-двигательного аппарата, а в Казахстане проводится даже расширенный скрининг ортопедических патологий, в том числе полная плантография, что обеспечивает полноценный скрининговый анализ состояния и биомеханических характеристик опорно-двигательного аппарата. В Армении все девочки подросткового возраста могут пройти скрининговое ультразвуковое исследование органов малого таза.

Услуги по охране сексуального и репродуктивного здоровья

В большинстве стран предоставление услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья ограничивается проведением консультаций (например, по вопросам наличия средств контрацепции, в том числе презервативов, скрининга и направления пациентов с заболеваниями, передающимися половым путем, к профильным специалистам). Важно отметить, что во время проведения оценки в большей части стран эти вопросы в ходе обсуждений в фокус-группах не рассматривались, поскольку координаторы сочли такое обсуждение затруднительным или неуместным.

Вакцинация

В большинстве стран ШСЗ обеспечивают профилактику инфекционных заболеваний путем вакцинации и сообщают о высоких показателях охвата вакцинацией.

Другие сообщаемые проблемы

Были выявлены и другие проблемы, связанные с работой ШСЗ. В частности, принимается недостаточно мер по выявлению психических заболеваний, в том числе употребления психоактивных веществ, и наблюдению за такими пациентами; потребности детей с инвалидностью или хроническими заболеваниями только частично отражены в комплексах услуг, предлагаемых странами; в ряде стран непрерывность оказания помощи не гарантирована. В отношении последнего пункта сообщается, что система направлений не работает должным образом, и иногда дети не являются в назначенные учреждения. Часто информация о состоянии здоровья пациента школьным медработникам не предоставляется. Наконец, как уже упоминалось в разделах, посвященных другим стандартам, ШСЗ

³ Информация о Таджикистане отсутствует.

в сельских районах обычно предоставляют более ограниченный набор услуг.

Заключительные замечания в отношении Стандарта 6

В странах-участницах предоставляется широкий спектр видов помощи. Высокие показатели охвата вакцинацией свидетельствуют об эффективной работе ШСЗ по профилактике инфекционных заболеваний среди всех детей. В то же время, несмотря на заявления стран о наличии фактических данных, подтверждающих необходимость всех предлагаемых профильных видов помощи, проблемам НИЗ, в том числе психическим заболеваниям, нарушениям сексуального и репродуктивного здоровья, уделяется недостаточно внимания. Помимо этого, некоторые виды скрининга и других мероприятий не учитывают проблемы общественного здравоохранения, они не основаны на фактических данных или являются устаревшими. Было также установлено, что на борьбу с инфекционными заболеваниями и их лечение выделяется несоразмерно больше времени, чем на профилактику НИЗ.

Стандарт 7: Системы управления данными

Стандарт 7 устанавливает требование о наличии системы управления данными, которая способствует безопасному хранению и использованию индивидуальных медицинских записей, осуществлению мониторинга тенденций в состоянии здоровья, оценке качества ШСЗ (структуры и деятельности), а также проведению научной работы.

Службы здравоохранения должны документировать результаты оценки состояния здоровья пациента и проведенные мероприятия. Если ребенку необходимо направление в другие медицинские учреждения, то такие данные должны быть направлены в это учреждение в соответствии с политикой получения согласия, принятой в данной стране. В современных системах здравоохранения эти сведения предоставляются и пациенту как владельцу информации. Согласно национальным законодательствам, в случае ШСЗ полномочия по принятию решений принадлежат родителям⁴. В настоящее время для таких целей все чаще используются электронные системы управления данными. Электронные системы упрощают передачу данных и создание реестров и способствуют самостоятельности пациентов. В то же время такие системы требуют дополнительного внимания и мер предосторожности для обеспечения их надежной защиты. Данные служб здравоохранения могут также использоваться анонимно с целью мониторинга тенденций в области здравоохранения и, соответственно, для разработки необходимых мероприятий. Помимо этого, они могут быть использованы для оценки качества работы ШСЗ и таким образом способствовать их доработке, в том числе непрерывному совершенствованию. Необходимо задействовать эти данные и для проведения недостающих исследований в отношении ШСЗ, так как это позволит расширить информационную базу и получить более полное представление о работе ШСЗ. При этом важно следить за тем, чтобы сбору подлежали только значимые данные, и применять четко определенные показатели с одинаковыми критериями и определениями для всех служб.

⁴ Соответствующая информация содержится в Стандарте 2, в разделе по вопросам участия.

Системы управления данными

Результаты настоящей оценки показывают, что практически во всех странах существуют системы управления данными, соответствующие требованиям защиты данных. В странах-участницах предоставляется доступ к информации о здоровье каждого ребенка, которая может быть использована для отчетности и принятия решений на политическом уровне. В Таджикистане системы управления данными нет. Молдова сообщает об отсутствии протоколов защиты данных.

Некоторые страны непосредственно заявляют, что их системы управления данными обеспечивают направление пациентов к профильным специалистам и непрерывность оказания медицинской помощи. Армения, Азербайджан, Казахстан, Российская Федерация и Узбекистан приступили к разработке или уже создали электронную информационную систему здравоохранения. В Казахстане разработана электронная информационная система здравоохранения для учреждений первичной медико-санитарной помощи, и примерно половина ШСЗ страны имеет доступ к этой системе и работает с ней. Российская Федерация предоставила аналогичные сведения: в стране действует единая цифровая система здравоохранения, но только около 50% ШСЗ имеют к ней доступ. В Азербайджане с 2007 г. для всех новорожденных детей создается электронная медицинская карта. Однако у работников ШСЗ нет компьютеров для получения доступа к существующей системе и работы с ней. Проблема отсутствия электронных устройств, а также нестабильность интернет-связи упоминаются и другими странами.

Мониторинг тенденций в сфере здравоохранения и проведение исследований

Осуществляется сбор широкого спектра данных здравоохранения, созданы различные системы учета. Молдова приводит перечень из более чем 30 действующих реестров данных школьного здравоохранения. Используется ряд единых показателей, например соматические данные (вес, рост, наличие хронических заболеваний). Некоторые страны на периодической основе представляют доклады о состоянии здоровья населения, об инфекционных и неинфекционных заболеваниях, а также о приоритетах общественного здравоохранения и новых тенденциях в этой сфере; только Казахстан и Узбекистан непосредственно сообщают об использовании данных ШСЗ для проведения исследований для целей общественного здравоохранения.

Заключительные замечания в отношении Стандарта 7

В большинстве стран, где была проведена оценка, используются системы данных на бумажных носителях, обеспечивающие ведение индивидуальных медицинских карт. Использование электронных систем управления данными не имеет широкого распространения. Даже при наличии таких систем их использование затруднено нехваткой электронных устройств в ШСЗ, а в некоторых странах – нестабильной интернет-связью.

Собранные данные, особенно если они имеются только на бумажных носителях, в недостаточном объеме используются для мониторинга качества медицинских услуг, определения приоритетов отрасли и поддержки исследований в сфере общественного здравоохранения.

Несмотря на наличие множества различных форм и показателей, они не унифицированы на уровне отдельных стран, в связи с чем их полезность является спорной. Создано избыточное количество реестров с неясными целями. Эти результаты указывают на необходимость разработки единой электронной системы управления данными в масштабах страны с целью повышения качества и эффективности работы ШСЗ. Требуется протоколы, гарантирующие защиту данных. Такие системы должны взаимодействовать с электронными системами других учреждений и ведомств здравоохранения в целях поддержки функций направления к профильным специалистам и непрерывности оказания медицинской помощи. Следует использовать имеющиеся данные для повышения качества и управления ШСЗ, определения приоритетных задач здравоохранения и развития исследований в области общественного здравоохранения.

Текущие проблемы ШСЗ

Последний раздел описания инструмента оценки посвящен существующим проблемам школьных служб здравоохранения в соответствующих странах. Поскольку оценка проводилась в условиях пандемии COVID-19, было добавлено три вопроса, а именно: общие проблемы, вызванные непосредственно пандемией, основные опасения, связанные с COVID-19 и ШСЗ, а также оказание новых услуг в период пандемии COVID-19.

Несмотря на адресный характер вопросов, в настоящем разделе большинство стран описали трудности, о которых сообщалось в предыдущих разделах. Поэтому здесь представлены только дополнительные проблемы, требующие особого внимания.

1. В странах-участницах не всегда гарантировано наличие ключевой инфраструктуры. Например, в сельских районах Таджикистана школы недостаточно снабжаются питьевой водой, а в школьных медицинских кабинетах сохраняется низкая температура воздуха.
2. Отсутствие конкретного органа, ответственного за координацию и контроль работы ШСЗ на окружном и национальном уровнях, затрудняет функционирование некоторых ШСЗ.
3. Что касается предлагаемого комплекса услуг, то в странах-участницах соответствующее возрасту сексуальное образование не организовано должным образом.
4. Большинство стран сообщают о значительном разрыве в показателях доступности услуг, инфраструктуры и качества помощи между городскими и сельскими районами.
5. В ряде стран представления о ШСЗ у персонала ШСЗ, пользователей их услуг (в том числе подростков и их родителей), преподавателей и других заинтересованных сторон значительно различаются, что свидетельствует об отсутствии общего понимания и надлежащей системы информирования.
6. Школы, сообщества и медицинские работники, не входящие в ШСЗ, часто не осознают важность той роли, которую ШСЗ играют в охране здоровья детей и подростков. Кроме того, сами дети часто не осведомлены о том, как много в их жизни зависит от хорошего здоровья.

Стратегические рекомендации

Благодаря оценке ШСЗ получена всесторонняя информация о приведенных семи стандартах и об их внедрении в девяти странах-участницах. Планирование и повышение качества работы существующих служб должны осуществляться с учетом передового опыта и недостатков, выявленных в каждой из стран. Стратегические рекомендации, представленные в настоящем разделе, основаны на общих результатах оценки, однако каждой из стран необходимо провести тщательный анализ своих индивидуальных результатов, в том числе внимательно отнестись к обратной связи, полученной при обсуждениях в фокус-группах и опросах с участием детей, подростков, родителей и специалистов ШСЗ.

Стандарт 1: Нормативно-правовая база

С учетом важной роли нормативно-правовой базы в обеспечении эффективной работы ШСЗ рекомендуется дополнить существующую базу документами, регламентирующими процесс внедрения (руководящими принципами, стандартами, материалами, клиническими протоколами, основанными на фактических данных, стандартизированными требованиями к квалификации и описаниями должностных функций персонала), а также мерами подотчетности и мониторинга. Необходима разработка специальной правовой базы, всеобъемлющим образом регулирующей работу ШСЗ и учитывающей положения Конвенции о правах ребенка. Следует утвердить нормативные требования к медицинским кабинетам, в том числе с точки зрения потребностей развития (например, требования к кабинетам с учетом особенностей пациентов всех возрастных групп). В нормативно-правовых актах должна быть отражена деятельность ШСЗ, в том числе меры популяризации здорового образа жизни и профилактики, базовые мероприятия по охране психического здоровья, услуги СРЗ и лечение хронических заболеваний и т. д. В связи с бременем НИЗ в постановлениях и нормативно-правовых актах, касающихся бюджета, должны быть надлежащим образом учтены мероприятия по профилактике и популяризации здорового образа жизни. Законодательством должна быть прямо предусмотрена помощь детям с особыми потребностями (с нарушениями развития, медицинскими, психологическими или поведенческими нарушениями) и группам населения, находящихся в уязвимом положении. При любом пересмотре нормативно-правовой базы необходимо проведение консультаций с детьми, подростками и их родителями/опекунами, и организация их участия в разработке соответствующих нормативных документов. Помимо этого, требуется повышение эффективности межсекторального сотрудничества, например посредством разработки межведомственных постановлений об организации медицинской и социальной помощи детям в образовательных учреждениях независимо от формы собственности, а также за счет совместного регулирования отношений между медицинским персоналом и руководством школ на уровне министерств здравоохранения и образования. В частности, в нормативных документах об образовании должна быть закреплена просветительская роль (по вопросам здоровья) работников ШСЗ (т. е. медсестер).

Стандарт 2: Медицинская помощь, ориентированная на детей и подростков

Во-первых, важно подчеркнуть, что национальная нормативно-правовая база для ШСЗ должна обеспечивать равную защиту интересов всех детей, в том числе проживающих в сельских и городских районах. Законодательством должны быть предусмотрены стандарты медицинской помощи, ориентированной на детей и

подростков, требования к компетенциям специалистов ШСЗ, а также принятие протоколов и руководящих принципов, основанных на фактических данных, которые должны быть доведены до сведения профильных специалистов и предоставлены в их распоряжение. Во-вторых, следует уделять больше внимания принципам ориентированных на детей и подростков ШСЗ в практической плоскости, в том числе путем повышения осведомленности всех заинтересованных сторон, например разработчиков политики, директоров школ, педагогов, персонала ШСЗ, детей, подростков и их родителей. Важно разъяснять роль ШСЗ и информировать детей и родителей о существующих службах, о том, как они могут помочь детям и подросткам, и о способах получения доступа к ним. Наконец, ориентированность ШСЗ на детей и подростков означает учет их потребностей и особенностей, и если некоторые меры, например оснащение, могут сопровождаться финансовыми затратами, то защита права на неприкосновенность частной жизни, обеспечение конфиденциальности при оказании помощи, информирование детей, их привлечение к принятию решений в сфере здравоохранения и уважительное отношение к детям и подросткам не требуют дополнительных расходов. Учет мнения детей и подростков и анализ их опыта также помогут странам улучшить работу ШСЗ и более эффективно устранить выявленные недостатки.

Стандарт 3: Инфраструктура (помещения и материалы по популяризации здорового образа жизни)

Что касается помещений, то необходимо выделять достаточный объем ресурсов для внедрения стандартов ШСЗ на всей территории страны, в городских и сельских районах и во всех учреждениях на всех уровнях образовательной системы. Кроме того, требуется налаживание устойчивых процессов пополнения запасов медицинских товаров, включая лекарственные средства. Должны быть утверждены не только стандарты, определяющие требования к специализированным медицинским кабинетам в школах, но и – если такие документы еще не приняты – дополнительные стандарты, регулирующие санитарно-гигиенические условия, запасы лекарственных средств экстренного назначения и обеспечение конфиденциальности. Должны также учитываться другие описанные в Стандарте 2 аспекты обслуживания, ориентированного на детей и подростков. Что касается популяризации здорового образа жизни, то странам, где такая работа еще не проведена, следует подготовить информационно-просветительские материалы с учетом имеющейся актуальной информации. Поскольку важная роль в этом отношении отведена учителям, необходимо предоставить им материалы для проведения уроков по теме популяризации здорового образа жизни. Должны быть приняты меры для привлечения детей и подростков к разработке материалов на тему популяризации здорового образа жизни на национальном, региональном и местном уровнях.

Требуется создание стратегий по обеспечению детям и родителям доступа к материалам, посвященным здоровому образу жизни, например с помощью новых и/или эффективных способов распространения и повышения осведомленности, в том числе веб-сайтов и социальных сетей. Следует задействовать потенциал электронных средств распространения информации, поскольку это позволит снизить затраты, регулярно обновлять данные и более успешно устанавливать контакт с целевой аудиторией. Помимо этого, при наличии каналов взаимодействия с пользователями электронные платформы могут более эффективно выполнять образовательные функции. Несколько стран в Европейском регионе уже разработали веб-сайты,

посвященные популяризации здорового образа жизни, поэтому обмен опытом между странами и взаимовыгодная координация также могут способствовать достижению целей в области укрепления здоровья при одновременном сбережении ресурсов. Цифровые стратегии должны дополнять, а не заменять распространение материалов на тему здорового образа жизни во время интерактивных мероприятий, в том числе консультаций, коллективных уроков и т. д., которые должны проводиться во всех школах.

Стандарт 4: Сотрудничество между ШСЗ, школами, детьми, родителями и представителями местных сообществ

Важность сотрудничества между заинтересованными сторонами на уровне школы и местных сообществ, а также с родителями/опекунами и местными учреждениями здравоохранения свидетельствует о необходимости разработать модели участия и многостороннего сотрудничества в рамках этой сетевой структуры. ШСЗ должны создавать планы развития коммуникации и взаимодействия с родителями, медработниками и представителями местных сообществ, а также периодически проводить анализ обратной связи в целях дальнейших улучшений.

Повышение эффективности сотрудничества между ШСЗ, школами, учителями и родителями может быть достигнуто благодаря структурированному подходу, например, за счет систематической организации совещаний. Следует развивать положительный опыт, примером которого является создание совета попечителей с участием представителей ШСЗ, школ и родителей. Возможен и другой подход, при котором школы будут оказывать ШСЗ поддержку, предоставляя им временные интервалы для работы и передавая информацию родителям. Необходимо использовать потенциал электронных средств коммуникации и создать структуру для систематизации электронных данных. Кроме того, создание электронных систем требуется для организации действенной системы направления к профильным специалистам. Предшествующие случаи направления к таким специалистам должны быть проанализированы с целью выявления и устранения факторов, препятствующих непрерывному оказанию помощи.

Если говорить о популяризации здорового образа жизни, то ШСЗ и педагогам следует укреплять сотрудничество в разработке и проведении мероприятий по укреплению здоровья. Необходимо задействовать заинтересованность детей и родителей в здоровом образе жизни в качестве ресурса и развивать соответствующие процессы с широким участием.

Школы постепенно становятся все более инклюзивными, и поэтому задача ухода за детьми-инвалидами должна быть решена за счет создания инструментов активного сотрудничества, комплексной оценки потребностей и направления детей к профильным специалистам. В этой связи значимым фактором являются механизмы взаимодействия всех специалистов на уровне школы и местного населения. ШСЗ следует непосредственно привлекать к этой работе, а персонал при необходимости должен проходить надлежащее обучение.

Общая рекомендация – как и в случае других стандартов – заключается в разработке специальных стратегий по преодолению разрыва в показателях деятельности ШСЗ (в том числе в плане сотрудничества) между городскими и сельскими районами.

Стандарт 5: Персонал ШСЗ

В рамках настоящего стандарта были выявлены четыре области, которые, согласно полученным рекомендациям, требуют улучшения. Во-первых, это повышение квалификации и надлежащая подготовка персонала. Требуется разработка единых учебных программ (преддипломное, последипломное и непрерывное медицинское образование) для работников ШСЗ, которым должно быть предоставлено время для обучения, необходимого для решения приоритетных задач здравоохранения, в том числе задачи приобретения современных знаний и навыков. Во-вторых, это обеспеченность медперсоналом и наличие специалистов разного профиля: необходимо установить стандарты обеспеченности медработниками, если таковые отсутствуют, и обеспечить механизмы и ресурсы для выполнения таких стандартов на всей территории страны. При формировании коллективов ШСЗ следует придерживаться междисциплинарного подхода – они должны включать школьных медсестер, врачей (педиатров и врачей общей практики), специалистов по проблемам психического здоровья, диетологов и специалистов по физической культуре. Помимо этого, следует создать оптимальную и доступную систему направления ко всем специалистам, которые не входят в штат ШСЗ. В-третьих, важно решить проблему удовлетворенности работой и мотивации персонала в странах-участницах. В целях привлечения квалифицированных и мотивированных специалистов необходимо выделить достаточный бюджет оплаты труда коллектива ШСЗ, чтобы она была сопоставимой с заработной платой в учреждениях первичного звена здравоохранения. Помимо этого, в ШСЗ должна быть обеспечена возможность профессионального развития персонала (программы, финансирование, временные интервалы). Необходимо проводить информационно-разъяснительную работу о важности роли ШСЗ среди школ и родителей для улучшения образа работников ШСЗ. Максимальный результат от применения такого подхода может быть достигнут посредством налаживания процесса сотрудничества по вопросам здравоохранения, например в рамках инициативы по созданию школ укрепления здоровья. Наконец, как упоминалось ранее, страны-участницы должны обеспечить высокое качество услуг наряду с подготовкой сотрудников на базе учебного плана. Требуются разработка и соблюдение протоколов найма, организация наставничества и предоставление работникам обратной связи, создание условий для исследовательской деятельности специалистов ШСЗ и формирование дополнительных системных механизмов контроля качества, в частности переаттестации и мониторинга.

Стандарт 6: Комплекс услуг ШСЗ

В целях удовлетворения потребностей детей в области здравоохранения одновременно с эффективным использованием ресурсов необходимы тщательное определение и регулярная (пере)оценка национальных и местных приоритетных задач в области общественного здравоохранения, которые должны быть решены с помощью ШСЗ. Во-вторых, при организации деятельности ШСЗ следует опираться на протоколы и руководящие принципы, основанные на фактических данных, если такие документы еще не приняты. Они должны разрабатываться и регулярно обновляться в соответствии с содержанием набора оказываемых услуг. Прежде всего это касается проводимых ШСЗ скрининговых обследований, для которых требуется наличие системы регулярной оценки, чтобы такие исследования были целесообразными и основанными на фактических данных. При отсутствии фактологического обоснования эти обследования подлежат пересмотру или отмене.

Рост заболеваемости неинфекционными болезнями, в том числе в этой части Европейского региона, указывает на необходимость расширить охват комплексными услугами в области сексуального и репродуктивного здоровья и психического здоровья, включая нарушения, связанные с употреблением психоактивных веществ, и обеспечить направление к соответствующим профильным специалистам в случае необходимости.

Поддержание и повышение качества работы служб требуют периодической оценки, в том числе проверки на предмет соблюдения конфиденциальности личной информации пациентов (с учетом возраста) и мониторинга удовлетворенности пациентов. Что касается других стандартов, то очень важно обеспечивать качественную помощь на всей территории страны, в том числе в сельских и других изолированных районах.

Стандарт 7: Системы управления данными

В большинстве стран используются системы данных на бумажных носителях, позволяющие вести индивидуальные медицинские карты. Использование электронных систем управления данными не имеет широкого распространения. Даже при наличии таких систем их использование затруднено нехваткой электронных устройств в ШСЗ, а в некоторых странах – нестабильной интернет-связью. Собранные данные, особенно если они имеются только на бумажных носителях, недостаточно активно используются для мониторинга качества медицинских услуг, определения приоритетов отрасли и поддержки исследований в сфере общественного здравоохранения. Несмотря на наличие множества различных форм и показателей, они не унифицированы на уровне отдельных стран, в связи с чем их полезность является спорной. Эти результаты указывают на необходимость разработки единой электронной системы управления данными в масштабах страны с целью повышения качества и эффективности работы ШСЗ. В частности, требуется разработка протоколов, гарантирующих защиту данных. Такие системы должны быть адаптированы для взаимодействия с электронными системами других учреждений и ведомств здравоохранения в целях поддержки функции направления к профильным специалистам и непрерывности оказания помощи. Следует использовать имеющиеся данные для повышения качества и управления ШСЗ, определения приоритетных задач здравоохранения и развития исследований в области общественного здравоохранения.

Несмотря на то, что системы данных на бумажных носителях существуют в большинстве стран, они уже не отвечают современным стандартам управления данными, обеспечивающим беспрепятственный и своевременный доступ к индивидуальным медицинским картам, а также критериям направления пациентов к профильным специалистам и обмена данными, и не могут использоваться в качестве базы данных для мониторинга проблем в области здравоохранения. В связи с этим рекомендуется создание общенациональной, единой и адаптивной информационной системы здравоохранения (ИСЗ) для ШСЗ, способной взаимодействовать с ИСЗ других систем здравоохранения страны и в полной мере соответствующей требованиям о защите данных. Для эффективного и полноценного функционирования ИСЗ необходимо обеспечить достаточное количество электронных устройств, которыми персонал ШСЗ может пользоваться непосредственно на рабочем месте, и стабильную интернет-связь. Для оценки и управления работой служб должен быть налажен процесс периодического анализа

собранных данных, который будет залогом непрерывного развития и адаптации деятельности ШСЗ по решению приоритетных задач здравоохранения, а также мониторинга качества обслуживания. Требуются пересмотр и сокращение количества существующих реестров до минимального значения, необходимого для сбережения ограниченных ресурсов, и, следовательно, высвобождения времени, которое работники ШСЗ смогут использовать для выполнения соответствующих медицинских и административных функций. Наконец, ШСЗ должны получить возможность участвовать в исследованиях в области общественного здравоохранения. Базовым условием для решения этой задачи является разработка унифицированного набора индивидуальных и общественных показателей здоровья, позволяющего сравнивать данные различных систем здравоохранения.

ВЫВОДЫ И ДАЛЬНЕЙШИЕ ДЕЙСТВИЯ НА СТРАНОВОМ УРОВНЕ

В Москве 18 и 19 ноября 2021 г. была проведена итоговая конференция с участием представителей девяти стран-участниц, которые обменялись мнениями о полученных результатах и обсуждения дальнейшей работы.

В частности, цели конференции заключались в следующем:

- анализ результатов оценки, проведенной в рамках проекта с участием девяти стран, в том числе выявленных областей, требующих улучшения, а также обмен примерами передовой практики;
- изучение опыта использования инструмента оценки с целью его совершенствования и дальнейшего применения в Европейском регионе ВОЗ;
- согласование основных рекомендаций;
- обсуждение будущей работы в странах – участницах проекта.

Дальнейшая деятельность на страновом уровне

В ходе конференции страны-участницы представили первый обзор планируемых дальнейших действий. Перечисленные мероприятия включают организацию межсекторального диалога, а также диалога с участием заинтересованных сторон на основе результатов оценки. Предполагаемыми целями диалога являются, в частности, повышение качества работы ШСЗ за счет наращивания нормативно-правовой базы и финансирования ШСЗ, определения и адаптации стандартов, регулирующих качество услуг ШСЗ и компетенции персонала, а также подготовка руководящих принципов для практического применения и организации соответствующего мониторинга и оценки. Например, на страновом уровне предусмотрены следующие шаги:

- Беларусь намерена создать систему непрерывной обратной связи в отношении работы ШСЗ;
- в Азербайджане запланировано проведение опроса по теме здоровья детей и роли ШСЗ;
- в Казахстане планируется разработка алгоритмов для оказания услуг здравоохранения;
- Молдова намерена укреплять связи между ПМСП и ШСЗ;
- в Армении запланирована разработка стратегии охраны здоровья детей и подростков с участием детей в этом процессе.

В качестве одной из основных задач, требующих своевременного решения, упоминалась цифровизация, предусматривающая подготовку соответствующей нормативной базы. В частности, предполагается создание модулей для ШСЗ в рамках национальной информационной системы здравоохранения или по меньшей

мере обеспечение совместимости существующих электронных баз данных ШСЗ и местных учреждений ПМСП.

Другой важной мерой повышения качества предоставляемой помощи является обучение персонала ШСЗ. Запланировано изменение учебных программ для медсестер и врачей, трудящихся в учреждениях первичного звена здравоохранения (Армения), включение направления «школьное здравоохранение» в образовательные программы в области общественного здравоохранения (Казахстан) и изучение проблем здоровья подростков (например, неинфекционных заболеваний – употребления психоактивных веществ, проблем сексуального и репродуктивного здоровья; и специальных методов работы, в частности мотивационного консультирования) путем организации таких курсов, как EUTEACH. Были предложены различные форматы обучения – лекции, семинары, конференции, мероприятия на платформах дистанционного обучения. В Казахстане запланирована разработка дорожной карты наращивания потенциала работников ШСЗ.

Что касается развития медицинского образования и популяризации здорового образа жизни, то в этой сфере планируется обновление материалов, а также выявление или более активное применение новых подходов – развитие электронных платформ, помощь учителям в проведении мероприятий по популяризации здорового образа жизни в виде подготовки необходимых материалов, в том числе руководящих принципов, и организации подготовки. Беларусь планирует расширить участие учащихся и их родителей в мероприятиях по популяризации здорового образа жизни, а Узбекистан – разработать закон о борьбе с травлей.

Поддержка со стороны ВОЗ, необходимая для осуществления дальнейших мер

Во время совещания страны-участницы заявили о необходимости дальнейшей поддержки со стороны ВОЗ. Во-первых, ожидается, что ВОЗ окажет помощь в переводе и публикации докладов о проведении оценки. Желательно предоставление технической и финансовой поддержки в подготовке диалога заинтересованных сторон, пересмотре нормативно-правовой базы, организации исследований по вопросам эффективности профилактических мероприятий, в том числе медицинского осмотра и скрининга, а также финансовой оценки. Кроме того, страны призывают ВОЗ оказать помощь в разработке электронных систем управления данными и обучении персонала с особым вниманием к темам эффективного укрепления здоровья и охраны здоровья подростков. В целях развития медицинского образования и деятельности по укреплению здоровья к ВОЗ направлена просьба о содействии разработке эффективных решений, в том числе в создании электронных информационных платформ, использовании социальных сетей и обновлении материалов. В числе других конкретных предложений, касающихся поддержки со стороны ВОЗ, было упомянуто содействие обмену опытом между ШСЗ в регионе Центральной Азии и изучение передового опыта в Европейском регионе.

Изменение инструмента оценки

В целях получения обратной связи от стран-участниц в отношении практической применимости инструмента оценки, целесообразности ее проведения и методической поддержки в ходе этого процесса, а также получения предложений о его дальнейшем совершенствовании был разработан краткий опрос⁵. Ответы предоставили пять

⁵ Полный вариант опроса приведен в приложении 3.

стран: Беларусь, Кыргызстан, Молдова, Российская Федерация и Узбекистан. Остальные четыре страны-участницы подтвердили, что инструмент оценки в целом имеет ясную структуру, надлежащий формат и содержит четкие формулировки и термины и ссылки на уже известные стандарты ШСЗ. Согласно замечанию Молдовы, применение инструмента требует чрезмерных усилий, и его необходимо улучшить за счет удаления избыточных элементов и использования шаблонов Excel или аналогичного формата. Первый комментарий был учтен, инструмент оценки был проверен и изменен с целью исключения избыточных элементов.

Российской Федерацией было выдвинуто предложение разделить фокус-группы на подростков младшего (10–14 лет) и старшего возраста (15–19 лет), а также разделить детей в старшей группе по гендерному признаку. Кроме того, от Российской Федерации поступило предложение отказаться от обсуждения чувствительных вопросов, касающихся сексуального и репродуктивного здоровья (контрацепция и ЗППП).

Что касается процесса оценки, четыре страны отметили особую пользу семинаров по наращиванию потенциала для осуществления этого процесса и заявили, что получили достаточную методическую поддержку по использованию инструмента и проведению необходимых обсуждений. В то же время Молдова указала на недостаточную ясность процесса оценки с первых его этапов и на невозможность организации в стране обсуждений в фокус-группах – вместо них был проведен количественный анализ. В отношении первого комментария следует отметить, что целью проекта было экспериментальное применение инструмента оценки, а также оказание странам помощи, поэтому в ходе работы были приняты меры адресной поддержки в соответствии с заявленными потребностями, и из-за этого у некоторых представителей могло сложиться впечатление отсутствия детальной проработки процесса с самого начала.

Дальнейшие действия, планируемые Европейским региональным бюро ВОЗ

В будущем Европейское региональное бюро ВОЗ планирует продолжать оказание странам технической помощи в доработке и публикации национальных докладов и организации национальных диалогов по вопросам политики с ключевыми заинтересованными сторонами с целью достижения консенсуса в отношении совершенствования политики и повышения качества услуг. Помимо этого, будет оказана помощь по составлению и реализации национальных планов действий.

В Европейском регионе запланирована публикация набора обновленных инструментов оценки с более широким распространением этих инструментов и опыта, накопленного в результате реализации проекта.

Девять стран успешно присоединились к процессу оценки ШСЗ, и результаты этого анализа легли в основу для дальнейших улучшений. В настоящем сравнительном докладе представлены общие итоги девяти оценок и кратко изложены рекомендации по вопросам политики для всего региона. В оценочных докладах каждой из стран определены основные сильные стороны их ШСЗ, а также направления для дальнейших улучшений в соответствии со стандартами Европейской концепции, регулирующей школьные медицинские услуги. Участники проекта и другие страны могут руководствоваться этими результатами при подготовке национальных стратегий или планов действий, анализе национальной нормативно-правовой базы или проведении иных мероприятий, которые необходимы для повышения качества помощи детям и подросткам при обращении в ШСЗ.

БИБЛИОГРАФИЯ*

1. Европейская концепция стандартов качества школьных медицинских услуг и компетенций для специалистов школьного здравоохранения. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/350511>).
2. Baltag V, Pachyna A, Hall J. Global Overview of school health services: Data from 102 Countries. *Health Behavior and Policy Review*. 2015;2(4):268–283. doi:10.14485/HBPR.2.4.4.
3. Права детей при оказании первичной медико-санитарной помощи: Часть 1. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/350125>).
4. Межстрановое совещание «Школьное здравоохранение и профилактика неинфекционных заболеваний»: Бишкек, Кыргызстан, 23-25 августа 2016 г. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/349944>).
5. Европейский региональный комитет, Шестьдесят четвертая сессия: Копенгаген, 15–18 сентября 2014 г.: инвестируя в будущее детей: Европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков, 2015–2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/337287>).
6. The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health 2015 Accountability Report. Geneva: World Health Organization; 2016.
7. Повышение качества услуг по охране репродуктивного, материнского, неонатального, детского и подросткового здоровья в Европейском регионе: Региональная программа поддержки внедрения политики "Здоровье-2020". Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/352381>).
8. Dobrow MJ, Hagens V, Chafe R, Sullivan T, Rabeneck L. Consolidated principles for screening based on a systematic review and consensus process. *CMAJ*. 2018;190(14):E422-E429. doi:10.1503/cmaj.171154.
9. A Human Rights-Based Approach to Health. Geneva: World Health Organization and OHCHR (https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/ESCR/Health/HRBA_HealthInformationSheet.pdf).
10. Техническое руководство по применению правозащитного подхода к осуществлению политики и программ сокращения и исключения предотвратимой смертности и заболеваемости среди детей в возрасте до пяти лет. Женева: Управление Верховного комиссара ООН по правам человека; 2014 (<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G14/071/26/PDF/G1407126.pdf?OpenElement>).
11. Women's and children's health: evidence of impact of human rights / Flavia Bustreo, Paul Hunt. Geneva: World Health Organization; 2013 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/84203>).
12. Фактологический бюллетень УВКПЧ № 10 (Rev.1) (<https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/FactSheet10Rev.1ru.pdf>).
13. Отчетный цикл Комитета по правам ребенка: руководство для НПО и НИПЧ. Женева: Сеть по правам ребенка; 2014 г. (https://www.childrightsconnect.org/wp-content/uploads/2018/01/ru_guidetocrcreportingcycle_childrightsconnect_2014.pdf).
14. Operationalizing human rights in efforts to improve health. Knowledge summary: women's, children's and adolescents' health. Number 34. Geneva: Global Partnerships for Maternal, Newborn and Child Health (World Health Organization); 2015.

* Все ссылки по состоянию на 25 августа 2022 г.

15. Изложение фактов № 31: Право на здоровье. Женева: УВКПЧ и ВОЗ; 2008 (<http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>).
16. Замечание общего порядка № 12. Право ребенка быть заслушанным. Пятьдесят первая сессия. Женева, 25 мая - 12 июня 2009 года. Женева: Комитет по правам ребенка; 2009 (<http://hrlibrary.umn.edu/russian/crc/Rgencomm12.html>).

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1. Количество учебных учреждений от каждой из стран-участниц

Страна	Количество школ в разбивке по регионам и другим критериям	Общее количество участвовавших заинтересованных сторон
Армения	Для оценки выбраны 10 школ в четырех областях (марзах): Армавирская область, Ереван, Сюникская и Ширакская области. В двух областях оценка проводилась в городских и сельских школах; в одной области – только в сельских школах; а в столице (Ереване) – в государственных старших школах.	В обсуждениях в рамках фокус-групп и онлайн-опросах приняли участие 86 подростков в возрасте 13–16 лет (54 девочки и 32 мальчика)
Азербайджан	Для участия в оценке Министерством образования было выбрано 25 школ. При формировании выборки учитывались следующие параметры: экономические и географические факторы, школы с большим и малым количеством учащихся, а также расположение в городе/области/сельском районе. Было выбрано по две школы в каждом из девяти экономических районов. Прошли отбор 17 областных и сельских школ, шесть школ в г. Баку, две школы в г. Сумгаит и Апшеронском районе рядом с г. Баку. В числе шести школ в Баку – четыре школы укрепления здоровья, один лицей и одна школа с инклюзивной системой обучения.	Фокус-группа школьников: 570 Фокус-группа специалистов: 72 Фокус-группа руководителей школы и педагогов: 250
Беларусь	В проведении оценки приняли участие все регионы страны: Брестская, Витебская, Гомельская, Гродненская, Минская, Могилевская области и г. Минск. Также участниками стали две частные школы в г. Минске.	102 медработника 21 педагог, школьный психолог и представитель администрации школы 498 законных представителей детей, из них 92,6% (450 участников) – жители городских районов, 7,4% (36 участников) – жители сельских районов 463 ребенка в возрасте 6–9 лет 513 детей в возрасте 10–14 лет 625 детей в возрасте 15–18 лет

Страна	Количество школ в разбивке по регионам и другим критериям	Общее количество участвовавших заинтересованных сторон
Казахстан	Участники, представляющие городское (27,9%) и сельское население (72,1%) и проживающие в следующих четырех регионах: Атырауская область (31,3%), Восточно-Казахстанская область (26,7%), Нур-Султан (22%) и Кызылординская область (19,9%). Участниками стали пять городских, три региональных, четыре сельских, две частных школы, а также одна школа в жилом районе г. Бишкек.	Представители руководства школ: 151 Дети в возрасте 6–9 лет: 129 Дети в возрасте 10–14 лет: 131 Подростки в возрасте 15–18 лет: 111 Родители: 383
Кыргызстан	Пять регионов Кыргызской Республики (Чуйская, Нарынская, Таласская, Ошская и Джалал-Абадская области) и г. Бишкек.	Дети в возрасте 8–11 лет: 163 Подростки в возрасте 12–18 лет: 158 Руководство школ и учителя: 159 Родители: 165 Медработники: 113
Республика Молдова	В исследовании участвовали 14 школ во всех регионах (около ¼ школ в стране), в том числе сельские, районные, муниципальные и городские школы. Двое родителей (1,7%) заявили о наличии у их детей особых образовательных потребностей, и 11 родителей (7,5%) – о наличии у их детей хронических заболеваний.	881 представитель руководства школ и педагог 238 школьных медсестер 147 родителей, в основном матерей (96%) 207 подростков в возрасте 14–19 лет
Российская Федерация	Государственные образовательные учреждения Москвы, Московской области (Раменское, Долгопрудный, Ильинское-Усово), Екатеринбурга, Свердловской области, Сибирского федерального округа (Междуреченск, Осинники, Новокузнецк, Новосибирск, Томск) и Южного федерального округа (Ростов-на-Дону).	Дети в возрасте 6–9 лет: 81 Дети в возрасте 10–19 лет: 123 Родители: 165 Персонал ШСЗ (медработники педиатрических отделений): 20 Руководство школ и учителя: 18

Страна	Количество школ в разбивке по регионам и другим критериям	Общее количество участвовавших заинтересованных сторон
Таджикистан	<p>Для оценки выбраны 10 школ в четырех областях. Исследование проведено в муниципальных и сельских школах, а также в школах, где обучаются дети мигрантов и беженцев (в основном из Афганистана), дети граждан из числа национальных меньшинств (люли – местные цыгане), и в школах, расположенных в удаленных горных районах.</p>	<p>Дети: 1275, в том числе 525 в городских и 750 в сельских школах</p> <p>Родители: 200</p> <p>Директора школ: 15</p> <p>Заместители директоров школ: более 34</p> <p>Педагоги: 330</p> <p>Специалисты по школьному здравоохранению и медработники ПМСП: один сотрудник Инновационного лицея (Душанбе, частная школа) и 14 работников ПМСП, направленных на работу в школах.</p> <p>Представители местного населения: 45</p> <p>Представители индивидуальных частных предприятий (в том числе обслуживающих школьные столовые): 60</p> <p>Представители учреждений системы ООН, ФАО, ВПП, ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНФПА, Фонда Ага-хана и т. д.: 12</p>
Узбекистан	<p>Совместным решением Министерства здравоохранения и Министерства образования для участия в оценке было выбрано 12 школ. Три школы в г. Ташкент (две государственные и одна частная школа); по три школы в Ферганской области, Ташкенте и Кашкадарьинской области (одна городская и две сельские школы в каждом регионе). Выборка школ формировалась с учетом фактора географического многообразия (городские и сельские районы) и многообразия организационных форм – были представлены государственные и частные школы.</p>	<p>Обсуждения в рамках фокус-групп проводились в очном формате при посещении выбранных школ. Всего в оценке приняли участие 494 представителя ключевых заинтересованных сторон.</p>

Приложение 2. Обзор показателей школьного здравоохранения в девяти странах

Местоположение ШСЗ / Страна	Армения	Азербайджан	Беларусь	Казахстан	Кыргызстан	Республика Молдова	Российская Федерация	Таджикистан	Узбекистан
Модель обслуживания	ШМ из учреждения ПМСП, ПРД/НРД, СМК. Сельские школы: нет врача. МР в учреждении ПМСП рядом со школой. Единообразно на всей территории страны.	МР в школе, ПРД/НРД, СМК. Сельские школы: нет врача. МР в учреждении ПМСП рядом со школой. Единообразно на всей территории страны.	МР в школе, ПРД/НРД, СМК. Ответственность на уровне участка. Единообразно на всей территории страны.	МР в школе, ПРД/НРД, СМК. (По одному медучреждению на школу за исключением наибольших школ, обслуживаемых учреждениями ПМСП). В остальном единообразно обеспечено на всей территории страны.	МР в школе, СМК оборудован не всегда, в сельских школах службы отсутствуют (в этом случае обслуживание осуществляют другие медучреждения).	МР в школе, ПРД/НРД, СМК. Единообразно обеспечено на всей территории страны, но персоналу выделяется разное количество времени.	МР в школе, ПРД/НРД, СМК. Сельские/небольшие школы: обслуживаются учреждениями ПМСП. В остальном единообразно обеспечено на всей территории страны.	МР в школе или учреждение ПМСП (при наличии). СМК отсутствуют. Здоровью учащихся также угрожает частичное отсутствие санитарно-гигиенических средств/инфраструктуры в школах (например, отсутствие туалетов, риск несчастных случаев, отсутствие спортивных объектов, скученность в школах и т. д.). Отсутствие единообразия на всей территории страны.	МР (ШМ, врач) в школе, СМК. Другие данные отсутствуют.
Охват школ услугами ШСЗ в стране. Все возрастные группы, в т. ч. учащиеся ДДУ	76–100% (согласно стандарту)	(-)	76–100%	100%	(-)	>91% (город) >99% село: >88%). 57% в учреждениях ПМСП	76–100%	Примерно 10%	

Местоположение ШСЗ / Страна	Армения	Азербайджан	Беларусь	Казахстан	Кыргызстан	Республика Молдова	Российская Федерация	Таджикистан	Узбекистан
Категории дополнительного персонала *	Психологи, логопеды, социальные педагоги (планируется)	Психологи, логопеды (в инклюзивных школах)	Система направления к профильным специалистам (в т. ч. к отоларингологу, стоматологу, психологу)	Стоматолог, социальный педагог, психолог. Участковый координатор ШСЗ для мониторинга улучшения ШСЗ.	В столице налажено сотрудничество с социальными педагогами, психологами, учителями, инспекторами по делам несовершеннолетних.		Психологи-консультанты	Для детей с особыми потребностями в медицинской помощи действует система направления к профильным специалистам.	
Обеспеченность персоналом *	1 ШМ/700 учащихся	1 ШМ/1000 учащихся 1 врач/ 1800–2500 учащихся	1 ШМ/ 700 учащихся 1 врач/ 1200 учащихся	Стандарт: 1 ШМ/500 учащихся (в т. ч. в ДДУ) Фактические данные: 1 ШМ/539 учащихся (диапазон 370–1096)	1 ШМ/2500 учащихся. 1 ШМ/1500 учащихся.	1 ШМ/476 учащихся.	(-)	(-)	(-)
Частные школы	На усмотрение школы (как правило, врач + ШМ)	Аналогично государственным школам	Аналогично государственным школам	Аналогично государственным школам	Нет единого образа (от хорошо оснащенных и укомплектованных персоналом ШСЗ до их отсутствия)	Аналогично государственным школам, но «условия труда лучше».		Как правило, врач и медсестра. Стандарты ШСЗ соблюдаются только в городских районах.	

Местоположение ШСЗ / Страна	Армения	Азербайджан	Беларусь	Казахстан	Кыргызстан	Республика Молдова	Российская Федерация	Таджикистан	Узбекистан
	Бесплатное обслуживание. Национальные ресурсы, выделение бюджета на национальном, региональном, местном уровнях. Зарплата регулируется нормативными актами.	Бесплатное обслуживание. Национальные ресурсы, выделение бюджета на национальном, региональном и местном уровнях.	Бесплатное обслуживание. Национальные ресурсы, выделение бюджета на национальном, региональном и местном уровнях. Обслуживание инфраструктуры за счет образовательного учреждения.	(-) На национальном уровне не регулируется. Финансирование СМК обеспечивается на местном уровне (школы, родители, спонсоры), укомплектование персоналом на уровне ПМСП.	Бесплатное обслуживание. Государственный бюджет (подушевое финансирование в соответствии с правилами обязательного медицинского страхования). Объемы финансирования ШСЗ недостаточны, как и мер по укреплению здоровья/профилактике.	Бесплатное обслуживание. Государственный бюджет (подушевое финансирование в соответствии с правилами обязательного медицинского страхования). Объемы финансирования ШСЗ недостаточны, как и мер по укреплению здоровья/профилактике.	Базовое обслуживание (при его наличии). Некоторые услуги (лаборатория и т. д.) предоставляются малообеспеченным семьям со скидкой до 70%. Финансирование за счет местных школ и ведомств ПМСП (недостаточно).	Бесплатное обслуживание. Финансирование инфраструктуры за счет школ, персонал предоставляется участковыми учреждениями ПМСП, спонсорская поддержка.	
Финансирование									

*Данные о категориях персонала и об обеспеченности персоналом дополнены информацией, представленной в разделе о Стандарте 5 (Персонал).

Сокращения

ПРД/НРД = присутствие в течение полного/неполного рабочего дня

МР = медицинский работник

ПМСП = первичная медико-санитарная помощь

ШМ = школьная медсестра

СМК = специализированный медицинский кабинет

(-) = нет данных

Приложение 3. Опрос для страновых координаторов

Целью настоящего опроса является изучение опыта и мнений страновых координаторов в отношении применения инструмента оценки и улучшения школьных служб здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ. Ответы страновых координаторов будут использованы для корректировки общих методических указаний, а также пересмотра итоговой версии инструмента. Обращаем ваше внимание на то, что опрос состоит из двух разделов, один из них посвящен структуре и содержанию, другой – непосредственно процедуре оценки. Просьба ответить на вопросы обоих разделов.

Спасибо за участие!

1. Структура и содержание

Постарайтесь вспомнить, что показалось вам новым при ознакомлении с инструментом оценки, каким было ваше впечатление после первого прочтения вопросов, насколько понятным было содержание инструмента в целом. Подумайте, какие вопросы показались вам излишними, а какие следовало бы добавить.

1.1. Понятна ли общая структура инструмента? Да/нет/частично

1.1.1. Если нет, просьба сообщить, что требует улучшения.

1.2. Подходит ли формат инструмента (анкета) для оценки школьных служб здравоохранения? Да/нет/частично

1.2.1. Если нет, то какой другой формат вы считаете предпочтительным?

1.3. Считаете ли вы формулировки и термины, используемые в инструменте, ясными и понятными? Да/нет/частично

1.4. Были ли какие-либо вопросы вам непонятны? Да/нет

1.4.1. Если да, то уточните, какой(-ие) именно.

1.5. Является ли какой-либо из стандартов, включенных в инструмент, совершенно новым для вас? Да/нет/частично

1.5.1. Если да, то какой именно?

1.6. Есть ли у вас предложения или замечания по улучшению инструмента оценки с точки зрения структуры, содержания или других параметров?

2. Процедура применения и оценки

Постарайтесь вспомнить весь процесс участия в проведении настоящей оценки начиная с первых семинаров, организованных совместно с другими странами, до методических рекомендаций, представленных в письменной форме, и индивидуальной поддержки, полученной в ходе оценки. Подумайте, что было для вас важно в этом процессе и что требует улучшения для повышения качества вашей работы.

2.1. Были ли полезны подготовительные семинары по наращиванию потенциала? Да/нет/частично

2.1.1. Изложите ваши предложения и замечания (положительные или критические).

2.2. Получили ли вы достаточные устные или письменные методические рекомендации по применению инструмента? Да/нет/частично

2.2.1. Если нет, то что может быть улучшено?

2.3. Получили ли вы достаточные устные или письменные методические рекомендации по проведению обсуждений с различными заинтересованными сторонами, в том числе детьми и родителями? Да/нет/частично

2.3.1. Если нет, то что может быть улучшено?

2.4. Было ли вам легко найти информацию, необходимую для использования инструмента, путем кабинетного исследования? Да/нет/частично

2.4.1. Если нет, то какие трудности у вас возникли?

2.5. Было ли вам легко подготовить и провести обсуждения в фокус-группах? Да/нет/частично

2.5.1. Если нет, то какие трудности у вас возникли?

2.6. Было ли вам легко обобщать результаты обсуждений в фокус-группах в дополнение к информации, собранной в ходе кабинетного исследования? Да/нет/частично

2.6.1. Если нет, то какие трудности у вас возникли?

2.7. Есть ли у вас предложения или замечания по улучшению процедуры оценки в целом?

Просьба изложить любые другие замечания или идеи, которые возникли у вас в ходе реализации проекта, даже если они не относятся к теме настоящего опроса.

Приложение 4. Резюме: Армения

В Республике Армения оценка проводилась в период с сентября по декабрь 2020 г.

Целью исследования был количественный анализ существующих школьных служб здравоохранения; выявление направлений и областей, требующих улучшения; дальнейшее развитие ШСЗ; разработка надлежащей политики и практики здравоохранения; повышение осведомленности населения для обеспечения высокого качества помощи и соблюдения прав ребенка.

Общая методика была разработана для группы из девяти стран Европейского региона, принявших участие в оценке ШСЗ в 2020 г. Необходимо отметить, что процедура осуществлялась в условиях пандемии COVID-19, поэтому методика оценки была скорректирована с учетом ограничительных мер. Было проведено кабинетное исследование в целях проверки соответствия национальной нормативно-правовой базы, регулирующей ШСЗ, положениям Европейской концепции стандартов качества школьных медицинских услуг и компетенций для специалистов школьного здравоохранения, и стандартам защиты прав ребенка, закрепленным в Конвенции о правах ребенка; задача исследования заключалась в определении приоритетных задач в области охраны здоровья детей.

На всех этапах исследования работа координировалась с Министерством здравоохранения Республики Армения. С учетом ситуации, обусловленной пандемией COVID-19 и последующими военными действиями в период с 27 сентября по 10 ноября, для оценки было выбрано четыре региона/марза: Армавирская область, Ереван, Сюникская и Ширакская области. В двух областях оценка проводилась в городских и сельских школах; в одной области – только в сельских школах; в столице (Ереване) – в государственных старших школах. Методика была согласована с Европейским региональным бюро ВОЗ и включала как из качественные, так и из количественные методы оценки. Качественная оценка была проведена в общей сложности в 10 школах; были опрошены учителя, заместители директоров, школьные медсестры и родители. В обсуждениях в рамках фокус-групп и онлайн-опросах приняли участие 86 подростков в возрасте 13–16 лет (54 девочки и 32 мальчика). В целом были организованы очные обсуждения со всеми участниками; ключевые заинтересованные стороны (врачи, ведущие эксперты в области детского и подросткового здоровья, представители неправительственных и международных организаций) были опрошены по телефону и в онлайн-режиме; подростки приняли участие в обсуждениях в рамках фокус-групп и в онлайн-опросах с использованием сервисов Гугл. В соответствии с этическими соображениями до начала процедуры оценки было получено информированное согласие участников на ее проведение.

Результаты

Существующая нормативно-правовая база обеспечивает функционирование ШСЗ; в нормативных актах подробно описаны условия работы служб здравоохранения в школах, содержание услуг ШСЗ, алгоритмы действий медсестер, принципы работы, организационные стандарты и т. д. ШСЗ существуют и являются доступными, все учащиеся могут обратиться к медсестре и получить соответствующую помощь. Практически во всех областях установлены случаи выявления школьными медсестрами заболеваний у учащихся с последующим направлением

к профильному специалисту и устранением обнаруженной проблемы. Персонал проводит скрининговые обследования и в большей или меньшей степени участвует в организации уроков по теме здоровья и в решении санитарно-гигиенических и медицинских проблем в школе, при необходимости направляя учащихся к другим специалистам здравоохранения. Эффективный метод применяется в одном из районов г. Ереван, где укомплектование штата амбулатории осуществляется врачом, ответственным за обслуживание прикрепленных школ, школы и медсестры регулярно проходят проверку (один раз в месяц); дважды в месяц медсестры посещают лекции, проводятся совещания с педагогами. Эта практика также применяется в школах укрепления здоровья, в районах, где надзор за работой медсестер осуществляет медицинский координатор, предоставленный неправительственной организацией.

При этом были выявлены следующие проблемы:

- ненадлежащее выполнение нормативных актов в связи с неосведомленностью или отсутствием необходимых условий;
- отсутствие/нехватка инфраструктуры для детей-инвалидов; отсутствие протоколов для медсестер, регламентирующих процедуры ухода за детьми-инвалидами; недостаточная координация между всеми задействованными специалистами
- отсутствие системы подотчетности: во многих школах назначено лицо, ответственное за контроль работы школьного врача/медсестры, поэтому мониторинг этой работы не осуществляется. Наличие координатора ШСЗ предусмотрено в постановлении Министерства здравоохранения, но дополнительное финансирование такой должности не обеспечивается.
- отсутствие показателей качества обслуживания, оценки знаний и навыков персонала;
- отсутствие базы данных школьных служб здравоохранения и результатов скрининга;
- перегруженность обязанностями по отчетности и заполнением различных журналов и ведомостей;
- отсутствие медицинских кабинетов в ряде школ, отсутствие медсестер в небольших школах;
- отсутствие у медсестер навыков консультирования;
- неинформирование подростков и их родителей об услугах, предоставляемых ШСЗ;
- отсутствие конфиденциальности и информации о конфиденциальности;
- отсутствие четкого регламента для пополнения запасов лекарственных средств и оснащения медицинских кабинетов;
- недостаточное взаимодействие с детьми, родителями и медработниками или его отсутствие;

- недостаточный авторитет школьных медсестер и уровень уважения к ним;
- отсутствие единых программ регулярного последипломного обучения;
- отсутствие сетевых структур для школьных медсестер, позволяющих обмениваться опытом;
- недостаточная координация между школами и амбулаторными учреждениями в целях непрерывного оказания помощи;
- недостаточный доступ к актуальной информации для медсестер;
- отсутствие доступа в интернет в некоторых районах;
- отсутствие информационных материалов в школах;
- отсутствие специализированных групп для занятий по физической культуре в школах;
- не во всех школах работают психологи; недостаточная психологическая поддержка учащихся в школах.

Стратегические рекомендации

Необходимо решение следующих задач:

- Управление/стратегическое руководство:
 - ◇ пересмотр описаний должностных функций и нагрузки медсестер; назначение и финансовое обеспечение лиц, ответственных за контроль и мониторинг деятельности медсестер, уровня знаний, навыков и качества работы персонала;
 - ◇ создание базы данных школьных служб здравоохранения;
 - ◇ разработка комплексной модели работы «медсестра – школьный психолог – ответственный врач» в амбулаторных учреждениях всех регионов Армении;
 - ◇ пересмотр режима работы медицинских кабинетов в школах, систематический обзор школьных служб здравоохранения, обеспечение наличия всех необходимых лекарственных средств в медицинских кабинетах и контроль условий пополнения запасов лекарств во всех регионах и сельских районах;
 - ◇ принятие нормативных документов, регулирующих лекарственные средства, условия пополнения запасов лекарств и оснащение медицинских кабинетов; необходимо изменение оснащения кабинетов;
 - ◇ упрощение системы управления данными;
 - ◇ создание надлежащих условий для оказания помощи детям-инвалидам;
 - ◇ поддерживающее законодательство;

- ◇ использование ресурсов; эффективное использование рабочего времени персонала;
- ◇ актуальные и надлежащие руководящие принципы и протоколы;
- ◇ наращивание потенциала и управление им;
- ◇ мониторинг и оценка, система подотчетности;
- Финансирование:
 - ◇ эффективное расходование бюджетных средств;
 - ◇ финансовые ресурсы, необходимые для стабильной работы;
 - ◇ установление размера оплаты труда в случае дополнительной нагрузки;
 - ◇ финансирование должности медсестры в школах независимо от количества учащихся;
- Медицинские работники:
 - ◇ наличие необходимой квалификации и навыков;
 - ◇ укомплектование персоналом (подходящая структура, дефицит кадров);
 - ◇ повышение мотивации медсестер и их авторитета/уважения к ним;
 - ◇ контроль работы персонала, оперативная и оптимальная обратная связь;
 - ◇ возможность регулярного последипломного обучения по единым программам;
 - ◇ преддипломная подготовка по развитию навыков консультирования и по вопросам подросткового развития;
 - ◇ создание сетевых структур для школьных медсестер в целях обмена опытом;
 - ◇ назначение ответственных врачей и налаживание связей с врачами в амбулаторных учреждениях;
 - ◇ улучшение координации между школами и амбулаторными учреждениями в целях непрерывного оказания помощи;
 - ◇ сотрудничество со школьными психологами;
 - ◇ предоставление информации об услугах подросткам и их родителям;
 - ◇ сотрудничество с учителями, родителями, медработниками, социальными и другими службами на местном уровне;
 - ◇ соблюдение принципов ЗОЖ в школах;

- ◇ активное участие медсестер в школьных уроках, посвященных ЗОЖ;
- Оснащение/технологии:
 - ◇ надлежащее оснащение и технологии;
 - ◇ физическая среда в школах, доступ к питьевой воде и санитарно-гигиенической инфраструктуре
- Информация:
 - ◇ хранение данных и управление ими;
 - ◇ стабильный доступ в интернет, доступ к актуальной информации для медсестер;
 - ◇ простые и не требующие значительных затрат времени системы подотчетности;
 - ◇ стратегия коммуникации, обеспечивающая участие подростков в разработке материалов по популяризации здорового образа жизни;
 - ◇ наличие информационных материалов в школах;
 - ◇ предоставление информации об онлайн-ресурсах для подростков;
- Оказание услуг:
 - ◇ удовлетворенность пациентов;
 - ◇ оперативность обслуживания;
 - ◇ учет потребностей учащихся, в том числе детей-инвалидов и детей с хроническими заболеваниями;
 - ◇ профилактика неинфекционных заболеваний;
 - ◇ защита прав детей;
 - ◇ недопущение дискриминации;
 - ◇ конфиденциальность;
 - ◇ психологическая поддержка;
 - ◇ взаимодействие, приемлемое для родителей;
 - ◇ создание специализированных групп для занятий физической культурой в школах;
 - ◇ подготовка всех учащихся и педагогов к оказанию первой и неотложной медицинской помощи.

Приложение 5. Резюме: Азербайджан

Цель исследования: Инструмент оценки предназначен для оказания помощи лицам, ответственным за работу школьных служб здравоохранения на национальном и региональном уровнях, и позволяет оценить соответствие ШСЗ Европейским стандартам качества школьных медицинских услуг и определить объем необходимых улучшений ШСЗ, предоставляя данные для разработки или изменения политики, руководящих принципов и стандартов. Основная цель заключается в формулировании рекомендаций на основе результатов анализа. Проведение оценки способствует дальнейшему развитию ШСЗ и направлено на выявление областей и аспектов, требующих улучшения, а также на получение новой информации.

В интересах обеспечения высокого качества обслуживания и осуществления прав детей разработка настоящего инструмента оценки велась на основе различных действующих концепций, стратегий, докладов и руководств ВОЗ, адаптированных специально для ШСЗ.

Методы: кабинетное исследование, интервью с ключевыми источниками информации, обсуждение в рамках фокус-групп (в удаленном и очном формате).

В ходе кабинетного исследования были тщательно изучены документы с целью сбора всей имеющейся значимой информации о ШСЗ (в частности, законодательство, политические документы, данные об услугах, руководящие принципы, стандарты, текущие и/или запланированные реформы, материалы по вопросам финансирования и укомплектования персоналом, опросы, доклады о результатах мониторинга). Сбор данных осуществлялся экспертами CPHR.

Интервью с ключевыми источниками информации: целью всесторонних интервью с ключевыми заинтересованными сторонами являются сбор данных, не полученных во время кабинетного исследования, или дополнение и подтверждение информации.

Интервью были проведены со следующими ключевыми источниками информации:

Нигяр Багирлы – советник министра образования по вопросам здравоохранения

Рустам Агаев – советник министра образования по вопросам здравоохранения

Теймур Мусаев – глава Управления организации здравоохранения Министерства здравоохранения

Нелли Веисова – начальник Главного управления здравоохранения г. Баку

Эмира Гаджиева – инспектор Главного управления здравоохранения г. Баку по вопросам школьных служб здравоохранения

Айнур Зейналова – советник Управления организации здравоохранения Министерства здравоохранения

Тамилла Гаджиева – заведующая отделением Детской поликлиники № 15

Эдилия Гусейнова – главный врач Детской поликлиники № 5

Обсуждения в рамках фокус-групп способствовали сбору и обобщению мнений определенных групп заинтересованных сторон (школьных медсестер, врачей, психологов, педагогов, руководства школ, учащихся и родителей).

Оценка национальных школьных служб здравоохранения началась после получения письма от директора Национального медицинского исследовательского центра здоровья детей Министерства здравоохранения Российской Федерации Андрея Фисенко. Письмо было направлено министру здравоохранения Азербайджанской Республики Октаю Ширалиеву и содержало предложение о проведении оценки национальных школьных служб здравоохранения в целях повышения качества их работы в Европейском регионе ВОЗ. В ответ на письмо был назначен координатор проекта – Сабина Бабазаде, являющаяся также координатором инициативы по созданию школ укрепления здоровья, и было предоставлено согласие на осуществление оценки.

Предварительная работа началась в ноябре 2020 г. Были направлены официальные письма в профильные ведомства и получено необходимое согласие; назначены лица, ответственные за содействие организационной работе. Оценка национальных школьных служб здравоохранения была проведена в период с 1 декабря 2020 г. по 1 мая 2021 г.

Для участия в оценке Министерством образования было выбрано 25 школ. При формировании выборки учитывались следующие параметры: экономические и географические факторы, школы с большим и малым количеством учащихся, а также расположение в городе/области/сельском районе.

Экономические районы Азербайджана отличаются определенное экономическое и географическое положение, территориальное и экономическое единство, уникальность природных и экономических условий, а также исторически сложившаяся промышленная специализация. С учетом региональных особенностей было выбрано по две школы в каждом из девяти экономических районов. При отборе было уделено внимание школам с большим и малым количеством учащихся, а также школам, расположенным в крупных городах, областях и сельских районах.

Основные результаты

- Созданы национальная нормативно-правовая база и государственные программы, которые проводятся при участии Министерства здравоохранения и Министерства образования и направлены на защиту прав ребенка.
- Все школьные службы здравоохранения в стране соблюдают правила и качественные параметры медицинского обслуживания, ориентированного на детей и подростков. Услуги предоставляются на основе принципов равноправия и доступности, приемлемости (конфиденциальности), участия, эффективности и безопасности для всех школьников, независимо от их статуса. В числе передовых наработок страны – проекты помощи ШСЗ в их работе и выполнении всех требований этого стандарта. К таким проектам относятся: «Друг школьника», «Здоровое образование – здоровая нация», «Малая академия» – проект в рамках одной школы. Все группы школьников, в том числе мигранты и беженцы, имеют свободный доступ к медицинскому обслуживанию.

- Все учебные материалы разрабатываются на национальном уровне.
- Организовано сотрудничество между работниками ШСЗ и педагогами. Персонал ШСЗ принимает участие в создании программ для учащихся с проблемами здоровья. Родители школьников получают информацию о проблемах здоровья своих детей и о медицинских услугах.
- Имеются четко определенные и утвержденные описания должностных функций медработников. Медперсонал оказывает услуги консультирования в школах, за исключением профилактических медицинских осмотров. Медицинские работники проходят обучение в рамках профессионального развития и аттестации.
- Школьники с проблемами здоровья могут обратиться к персоналу ШСЗ в любое удобное время без предварительной записи.
- В стране существует система электронных медицинских карт, персоналу учреждений первичного звена здравоохранения предоставлен доступ к этой базе данных. База данных обновляется и совершенствуется в период перехода страны к системе обязательного медицинского страхования (ОМС).
- Отсутствуют единая стратегия, национальная программа или любой другой концептуальный документ, который уточнял бы содержание и условия работы ШСЗ и мог бы выступать в качестве основы для улучшения ШСЗ. В связи с проведением реформ и переходом к системе ОМС в ряде регионов происходит сокращение персонала и временно закрываются медицинские кабинеты. В настоящее время реформы находятся на этапе осуществления, поэтому целесообразно указать проблемы ШСЗ в разрабатываемых новых документах.
- В стране не организована оценка качества работы школьных служб здравоохранения, не проводятся опросы для получения обратной связи и учета мнения учащихся в отношении их удовлетворенности оказанной помощью.
- Медицинские кабинеты не всегда соответствуют действующим нормам и стандартам. В некоторых школах медицинские кабинеты отсутствуют; школы, в которых медицинские кабинеты временно закрыты в связи с переходом к системе обязательного медицинского страхования (ОМС), также приняли участие в оценке.
- ШСЗ недоукомплектованы персоналом, численность медработников и психологов недостаточна.
- Для персонала ШСЗ не созданы механизмы мотивации и вознаграждения.
- Существующие стандарты не обновляются с учетом изменяющихся потребностей учащихся, уровня знаний, количества ресурсов и приоритетных задач.
- Материальная и техническая поддержка предоставляется в недостаточном объеме.

Основные рекомендации/дальнейшие действия

- Необходимы разработка и утверждение единой политики или государственной программы или любого другого единого стратегического документа, который мог бы стать основой для улучшения ШСЗ.
- В стране не организована оценка качества медицинской помощи, оказываемой в школах; не проводятся опросы для получения от учащихся обратной связи и учета их мнения в отношении своего здоровья и удовлетворенности предоставленными услугами здравоохранения. На основании результатов оценки Министерству здравоохранения было направлено предложение о проведении опросов и ситуационного анализа. В ответ на это предложение Министерство поручило центру общественного здравоохранения взять на себя вопросы организации опросов школьников.
- В связи с переходом к системе обязательного медицинского страхования (ОМС) планируется обновление норм и стандартов, устанавливающих требования к медицинским кабинетам ШСЗ, что позволит повысить качество помощи, оказываемой школьникам медперсоналом.
- Следует обеспечить медработникам доступ к базе электронных медицинских карт.
- Необходимо повысить качество учебных курсов для школьных медсестер; создать систему непрерывного участия в таких курсах.
- Предложения, касающиеся укомплектования медперсоналом и психологами, будут направлены в соответствующие министерства.
- Будут сформулированы предложения о разработке системы мотивации и вознаграждения для работников ШСЗ.
- Результаты оценки будут представлены всем заинтересованным сторонам и обсуждены в формате круглого стола.
- Требуется повышение качества материальных и технических ресурсов.

Приложение 6. Резюме: Беларусь

В период с ноября 2020 г. по апрель 2021 г. была осуществлена оценка системы школьных служб здравоохранения в Республике Беларусь с целью проведения странового ситуационного анализа и определения основных проблем, она состояла из трех этапов, описанных в разделе «Методы оценки».

Общее количество респондентов составило 2222 человека, в том числе: 102 медработника; 21 педагог, школьный психолог и сотрудник администрации школы; 498 законных представителей учащихся; и 1601 учащийся в возрасте от 6 до 18 лет. В оценке приняли участие дети и подростки, проживающие в городских и сельских районах.

Основные результаты

Согласно результатам анализа, существующая система ШСЗ в Республике Беларусь в целом соответствует положениям Европейской концепции стандартов качества школьных медицинских услуг и компетенций для специалистов школьного здравоохранения (ВОЗ).

По итогам оценки выявлены низкая заинтересованность учащихся и их законных представителей взаимодействовать со школьным медперсоналом, а также низкий уровень приверженности здоровому образу жизни. Чрезвычайно важно способствовать плодотворному сотрудничеству между учащимися, их законными представителями, медработниками, педагогами и руководством образовательных учреждений. Для достижения этой цели может быть рекомендовано создание системы обратной связи, например путем проведения опросов на официальных веб-сайтах образовательных учреждений и дальнейшего анализа ответов и предложений.

Ожидается широкое внедрение электронных технологий управления данными, что позволит усовершенствовать механизм управления данными и их хранения, а также использовать простые и не требующие значительных затрат времени системы отчетности. Для этого необходимо обеспечить стабильный доступ в интернет. Крайне важно выбирать совместимые автоматические системы управления данными.

На решение этой и других задач направлены следующие действующие национальные программы, меры политики и национальный план действий:

- государственная программа «Здоровье народа и демографическая безопасность» на 2021–2025 гг., утвержденная постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 19 января 2021 г. № 28;
- государственная научно-техническая программа «Цифровые технологии и роботизированные комплексы», 2021–2025 гг. (основная цель заключается в развитии национальных цифровых технологий и беспилотных летательных роботизированных аппаратов для нужд обороны, экономики, здравоохранения и социального обеспечения населения);

- государственная научно-техническая программа «Научно-техническое обеспечение качества и доступности медицинских услуг», 2021–2025 гг. (основная цель заключается в повышении качества и увеличении продолжительности социально активной жизни граждан посредством повышения качества и доступности услуг здравоохранения, разработки и внедрения современных эффективных методов и средств профилактики заболеваний, диагностики и лечения, а также протезирования и реабилитации);
- Национальная стратегия Республики Беларусь «Активное долголетие – 2030», утвержденная постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 3 декабря 2020 г. № 693;
- Концепция развития электронного здравоохранения Республики Беларусь на период до 2022 г.;
- Национальный план действий по улучшению положения детей и охране их прав на 2017–2021 гг., утвержденный постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 22 сентября 2017 г. № 710.

Приложение 7. Резюме: Казахстан

Сроки реализации проекта

Процедура оценки школьных служб здравоохранения началась 8 сентября 2020 г. с обзора существующей нормативно-правовой базы и завершилась 5 февраля 2021 г. подготовкой технического оценочного доклада.

Методы сбора данных

Во время оценки были проведены следующие мероприятия: аналитический обзор нормативно-правовой базы в части условий работы школьных служб здравоохранения Республики Казахстан; ретроспективный анализ данных, предоставленных ведомствами и учреждениями здравоохранения; определение ключевых источников информации и участников оценки в ряде регионов с учетом географических условий и репрезентативности (г. Нур-Султан, Акмолинская, Кызылординская, Восточно-Казахстанская и Атырауская области); интервью с ключевыми заинтересованными сторонами с использованием анкеты для оценки ШСЗ; и обсуждения в рамках фокус-групп на основе руководства по сбору информации в различных группах заинтересованных сторон.

Перечень вопросов для интервью с ключевыми источниками информации, обсуждений в фокус-группах с основными заинтересованными сторонами и онлайн-опросов был адаптирован в соответствии с текущими условиями и переведен на казахский язык.

Были организованы обсуждения в фокус-группах для сбора и обобщения мнений представителей определенных категорий заинтересованных сторон (школьников разных возрастов, специалистов школьного здравоохранения, педагогов, руководства школ, родителей) с особым вниманием к конкретным вопросам и темам. В связи с мерами, обусловленными пандемией COVID-19, проведение совещаний в очном формате было ограничено, и основная часть интервью и обсуждений состоялась на платформе Zoom, по телефону или с использованием форм Гугл.

Основные результаты

В процессе оценки был налажен диалог между ключевыми заинтересованными сторонами, определены преимущества и недостатки существующей модели, а также выработаны рекомендации по наращиванию потенциала ШСЗ, в том числе за счет систематического мониторинга и оценки.

Обзор и анализ национальной нормативно-правовой базы, регулирующей ШСЗ, с целью проверки ее соответствия положениям Европейской концепции стандартов качества школьных медицинских услуг и компетенций для специалистов школьного здравоохранения, как предусмотрено Конвенцией о правах ребенка, подтвердили, что нормативно-правовая база по ШСЗ в целом соответствует актуальным потребностям системы.

По итогам интервью с ключевыми источниками информации и обсуждения в фокус-группах с основными заинтересованными сторонами установлена необходимость принятия дополнительных регулирующих стандартов для совершенствования процессов, обеспечивающих эффективное выполнение следующих принципов:

- гарантия конфиденциальности во время профилактического медицинского осмотра учащихся;
- предоставление равного доступа к услугам здравоохранения для всех школьников и обеспечение непрерывности ПМСП благодаря пересмотру порядка прикрепления детей и учащихся школ к медицинским организациям на основе принципов соблюдения территориальности и профильности учреждений;
- решение проблемы укомплектования штатов, стандартов рабочей нагрузки и мотивации персонала;
- стандартизация ШСЗ;
- обеспечение участия детей и родителей в разработке стандартов и норм, регулирующих деятельность ШСЗ;
- полный охват ШСЗ информационными системами здравоохранения.

Основные рекомендации и дальнейшие действия

По итогам оценки ШСЗ были сформулированы рекомендации для ключевых заинтересованных сторон, ответственных за разработку политики и стратегий в области здравоохранения, а также для лиц, ответственных за осуществление такой политики на региональном и местном уровнях, в целях содействия дальнейшему развитию национальных стандартов качественного обслуживания, соответствующего потребностям детей и подростков.

Для координации работы, направленной на улучшение качества работы школьных служб здравоохранения, требуется политическая поддержка деятельности по охране здоровья детей и подростков, которая будет способствовать эффективному межсекторальному сотрудничеству всех ведущих учреждений и ведомств, обеспечивающих функционирование ШСЗ. На уровне Правительства Республики Казахстан необходимо уделять внимание созданию условий для подключения к сети интернет на всей территории страны, в том числе в удаленных сельских районах, с целью полномасштабной автоматизации и цифровизации школьных служб здравоохранения, а также организовать регулярный мониторинг и оценку основных видов деятельности и мероприятий.

На уровне Министерства здравоохранения Республики Казахстан требуется более активное решение приоритетных задач школьных служб здравоохранения; необходимо наращивание потенциала существующей модели ШСЗ посредством повышения качества услуг, что в первую очередь позволит удовлетворить потребности детей и подростков в медицинской помощи. Все эти меры могут оказать благоприятное воздействие на успеваемость, посещаемость и концентрацию внимания учащихся, а также содействовать формированию здоровой среды в школах.

Кроме того, следует рассмотреть возможность учреждения специализированного департамента в рамках системы ПМСП для оказания медицинской помощи детям в образовательных учреждениях с утвержденной командой штатных специалистов разного профиля, включая главу отделения, педиатра/врача общей практики

(показатель обеспеченности – один врач на 1500–2000 учащихся), старшую медсестру, специалиста по статистике, диетолога, специалиста по физической культуре, физиотерапевта и сестринский персонал (показатель – одна медсестра на 500 учащихся).

Для стандартизации и повышения качества работы школьных служб здравоохранения должны быть введены единые стандарты качества услуг и компетенций школьных медработников, устанавливающие четкие требования к квалификации и должностные обязанности персонала ШСЗ, режим работы и алгоритмы оказания медицинской помощи.

В целях наращивания потенциала работников ШСЗ:

- Сотрудники ШСЗ должны проходить подготовку по развитию дополнительных навыков и компетенций для работы с подростками и оказания необходимых им медицинских услуг, включая навыки профессионального консультирования по вопросам личной гигиены, сексуального, психического и физического здоровья в соответствии с возрастом;
- Необходимо создание механизмов стимулирования и мотивирования персонала ШСЗ в целях улучшения кадрового состава служб, в том числе за счет установления конкурентных зарплат;
- Требуется установить стандарт распределения нагрузки для вспомогательного медицинского персонала ШСЗ в соответствии с режимом работы образовательных учреждений и текущим трудовым законодательством РК (возможен сменный график по 5–6 рабочих часов в день).

Для повышения эффективности мониторинга и отчетности на всей территории страны должна быть обеспечена полная интеграция ИСЗ в операционные процессы ШСЗ с учетом мнений специалистов ШСЗ в отношении актуальности, адаптивности и применимости систем информационной поддержки.

В целях повышения качества работы ШСЗ необходимо:

- провести пересмотр мер по обеспечению непрерывности оказания медицинской помощи в ШСЗ согласно принципу соблюдения территориальности и профильности учреждений;
- создать условия для регулярной оценки скрининга, осуществляемого ШСЗ, с целью его проведения на основе фактических данных; скрининговые мероприятия, не основанные на фактических данных, подлежат пересмотру;
- уделять больше внимания взаимодействию работников ШСЗ, детей и родителей, и предоставлять им информацию о перечне оказываемых услуг;
- создать условия для активного участия детей и подростков в отдельных процессах принятия решений в соответствии с их меняющимися потребностями, а также привлекать их к разработке программ, оценке и обеспечению функционирования ШСЗ;

- ввести стандарты, гарантирующие полную конфиденциальность медицинского осмотра и информирование учащихся персоналом ШСЗ;
- осуществлять стратегии информирования детей, родителей и сотрудников школ о работе ШСЗ на местном уровне, развивая взаимодействие с местным населением и используя различные средства и каналы коммуникации.

Для достижения оптимальных результатов на местах необходимо обсуждать с ведомствами, ответственными за образование, труд и социальную защиту, вопросы разработки национального плана по повышению качества школьного здравоохранения в Казахстане, чтобы постепенно добиться роста функциональности и эффективности школьных служб здравоохранения и их соответствия потребностям детей и подростков.

Приложение 8. Резюме: Кыргызстан

В Кыргызской Республике в период с декабря 2020 г. по январь 2021 г. было проведено качественное исследование работы школьных служб здравоохранения, в том числе выборочный опрос школьников в возрасте от 8 до 18 лет, руководства школ, педагогов, школьного медперсонала и родителей. Была поставлена цель сбора данных и изучения эффективности, качества, процессов и функций существующих школьных служб здравоохранения в рамках «оценки национальных школьных систем здравоохранения (ШСЗ) в странах Европейского региона и их улучшения».

Исследование проводилось с использованием специальных анкет для каждой категории заинтересованных сторон и дополнительных методических рекомендаций по организации обсуждений в пяти фокус-группах: с участием учеников 1–5 и 6–11 классов, родителей, руководства школ и педагогов, школьных медработников.

Основные результаты исследования показали, что в школах Кыргызской Республики ШСЗ находятся на низком уровне развития. Школьники получают минимальный набор услуг, предоставляемых медицинскими работниками, трудящимися на условиях неполного рабочего дня в городских и областных школах. В сельских школах медицинские кабинеты отсутствуют, и дети вынуждены обращаться за помощью в местные центры здравоохранения или центры общей врачебной практики. Медработники, ответственные за ШСЗ, не мотивированы и не подготовлены, у них отсутствуют основанные на фактических данных руководящие принципы, инструкции и поддерживающее законодательство, позволяющие оказывать качественную помощь.

В Кыргызской Республике необходимо совершенствовать нормативно-правовую базу в целях внедрения системы школьного здравоохранения, основанной на доказательной медицине, международных стандартах и мировом передовом опыте. В частности, рекомендованы следующие меры:

- разработка и принятие закона об охране здоровья детей и подростков в Кыргызской Республике;
- создание всесторонней междисциплинарной и межсекторальной программы по охране здоровья детей и подростков в Кыргызской Республике;
- разработка межотраслевого постановления Министерства здравоохранения и Министерства образования Кыргызской Республики о повышении качества услуг, предоставляемых детям в образовательных учреждениях;
- укрепление сотрудничества между Министерством образования и науки и Министерством здравоохранения и социального развития в целях улучшения качества работы ШСЗ.

Приложение 9. Резюме: Российская Федерация

В Российской Федерации оценка школьных служб здравоохранения в рамках улучшения работы таких служб в Европейском регионе ВОЗ была проведена в период с октября 2020 г. по январь 2021 г.

В процессе оценки была создана рабочая группа; была изучена/собрана нормативно-правовая база по теме исследования; инструменты оценки (анкеты и опросы) были адаптированы (потребовалась адаптация терминов в анкетах и опросах; некоторые вопросы были разъяснены родителям и педагогам) с помощью учителей, детских психологов и медработников; от различных групп заинтересованных сторон и ключевых источников информации были получены подробные сведения о каждом из стандартов.

Организован сбор данных среди различных групп заинтересованных сторон с целью выявления несоответствий между нормативной базой и существующей практикой школьных служб здравоохранения; оценки уровня знаний, навыков, мнений и взаимодействия персонала образовательных учреждений, педагогов, медработников, руководства медицинских служб и учащихся; изучения информации, которую получают дети и подростки; установления категорий детского населения, которые не пользуются услугами здравоохранения; а также сбора любой другой значимой информации.

Обсуждения в фокус-группах проводились в удаленном (на платформах Zoom, Skype и с помощью электронных анкет) и очном режимах:

- сбор данных среди взрослых респондентов осуществлялся исследователями во время обсуждений в фокус-группах в смешанном формате, в основном очно. Для опроса родителей, руководства школ и персонала ШСЗ применялись структурированные интервью, электронные анкеты и описанные ниже обсуждения в рамках фокус-групп. Обсуждения были организованы в удаленном и очном формате;
- для детей в возрасте 6–9 лет и подростков в возрасте 10–19 лет были организованы полуструктурированные интервью и обсуждения в фокус-группах;
- для групп численностью от одного до пяти подростков (в возрасте 15 лет и старше) проводились полуструктурированные онлайн- интервью; платформу выбирали сами подростки (Zoom, WhatsApp, Skype).

Отбор подростков в группы для обсуждений осуществлялся по признаку пола и возраста. Интервью с младшими школьниками проводились с разрешения и в присутствии родителей/опекунов. Все участники исследования были проинформированы о его целях и дали свое согласие на участие.

Во время оценки были выявлены и описаны сильные и слабые стороны системы школьного здравоохранения. В результате анализа нормативно-правовой базы, регулирующей работу школьных служб здравоохранения, было установлено, что протоколы и законы, а также комплекс услуг ШСЗ в целом соответствуют положениям Европейской концепции стандартов качества школьных медицинских услуг и компетенций для специалистов школьного здравоохранения.

Исследование и интервью учащихся проводятся в условиях конфиденциальности (индивидуально), в должным образом оснащенных и чистых помещениях или медицинских кабинетах в образовательных учреждениях. Образовательные учреждения располагают необходимыми помещениями, оснащением и системами управления данными, позволяющими достигать целей в области охраны здоровья учащихся и мониторинга полученных данных.

Основная проблема связана с практической работой на местном уровне. В связи с недостаточным финансированием ШСЗ, численность персонала ШСЗ и оплата его труда, а также мотивация работников находятся на низком уровне. Доля профилактических мероприятий, организованных школьными медработниками и направленных на популяризацию здорового образа жизни и культуры здоровья в семьях, в том числе путем обучения родителей/опекунов, оказалась ниже требуемого показателя. Дети, родители и педагоги не принимают достаточного участия в разработке и реализации программ по популяризации здорового образа жизни.

Профильным ведомствам (Министерство здравоохранения и Министерство образования Российской Федерации) известно о проблемах, существующих в системе ШСЗ, и для их решения в стране реализуются приоритетные национальные проекты, например пилотный проект «Школьная медицина», инициированный Министерством здравоохранения в пяти регионах России в 2016 г. (были отобраны передовые наработки для дальнейшего распространения на территории страны).

Основные рекомендации

- определение ставок и размера оплаты профилактической работы, выполняемой школьным медперсоналом в системе ММУ;
- организация системы информирования детей и родителей об услугах здравоохранения, предлагаемых в школьных медицинских кабинетах;
- разработка единых требований к лекарственным средствам и перевязочным материалам в наборах для оказания детям первой помощи, имеющихся в школьных медицинских кабинетах;
- создание и систематизация на федеральном уровне электронной базы современных учебных материалов по популяризации здорового образа жизни; обеспечение доступности учебных и методических материалов, в том числе в печатном виде, в каждой школе;
- разработка федеральных мероприятий по популяризации здорового образа жизни для детей совместно с самими детьми, их родителями и школьными медработниками;
- обеспечение активного сотрудничества в сфере охраны здоровья школьников между школьным медперсоналом и детскими поликлиниками;

- налаживание активного сотрудничества между школьными медработниками и психиатрами, наркологами, социальными педагогами, психологами, сотрудниками правоохранительных органов, службами опеки и другими субъектами в случае выявления девиантного и асоциального поведения у несовершеннолетних (алкоголизм, наркозависимость и употребление психоактивных веществ, курение, бродяжничество, участие в преступной деятельности и т. д.);
- совершенствование системы подготовки и обучения персонала ШСЗ с целью повышения его мотивации и уровня оплаты труда;
- обеспечение защищенного доступа к информации о здоровье школьников для всех работников ШСЗ.

Дальнейшие действия

- разработка национального плана действий, направленного на устранение недостатков, выявленных в ходе настоящей оценки;
- формулирование рекомендаций по улучшению работы ШСЗ на уровне регионов;
- распространение информации о мерах и рекомендациях по улучшению работы ШСЗ в РФ среди всех категорий заинтересованных сторон.

Приложение 10. Резюме: Таджикистан

В настоящем докладе изложены основные результаты оценки школьных служб здравоохранения в образовательных учреждениях страны. В целом школьные службы здравоохранения не выполняют своих функций. В то же время выявлены положительные тенденции и возможности для улучшения работы ШСЗ при условии создания четких механизмов осуществления новых стратегий и развития и адаптации текущих мер политики, направленных на охрану здоровья и повышение уровня благополучия школьников. В настоящем докладе содержится обзор текущей ситуации в школах, и его выводы будут использованы для создания всеобъемлющей программы совершенствования школьных служб здравоохранения в государственных средних школах Республики Таджикистан. В итоге в оценке приняли участие школы г. Душанбе, а также районов и населенных пунктов в четырех областях страны. Несмотря на то, что связанные с COVID-19 проблемы в ходе настоящей оценки не рассматривались, в процессе принятия решений и обсуждения результатов анализа должно учитываться и влияние пандемии на работу служб здравоохранения.

Сроки реализации проекта

Процедура оценки в школах Республики Таджикистан началась в декабре 2020 г. и завершилась в конце января 2021 г. Далее группа исследователей подготовила и представила национальный доклад, который был обсужден и обновлен по итогам вопросов и замечаний ВОЗ и консультантов SHE.

Ниже приведен перечень организованных семинаров по различным темам, связанным с процедурой оценки.

- 28 августа и 4 сентября 2020 г. состоялись семинары по наращиванию потенциала, посвященные инструменту оценки и процессу его применения.
- 25 сентября и 6 ноября 2020 г. были проведены методические семинары по организации обсуждений в рамках фокус-групп.
- 25 сентября и 6 ноября 2020 г. были проведены семинары по вопросам обмена информацией между национальными представителями и международными экспертами о результатах различных этапов и планировании дальнейших этапов оценки.

Процедура оценки была разделена на следующие этапы:

- кабинетное исследование национальной законодательной и нормативной базы, регулирующей деятельность ШСЗ, в том числе на предмет соответствия Европейским стандартам качества школьных медицинских услуг, а также стандартам защиты прав ребенка, в частности закрепленных в Конвенции о правах ребенка; изучение степени учета и реагирования ШСЗ на приоритетные задачи охраны здоровья детей (октябрь – декабрь 2020 г.);
- интервью с ключевыми источниками информации (ноябрь – декабрь 2020 г.);
- обсуждение в рамках фокус-групп с заинтересованными сторонами (детьми, подростками, школьными медсестрами, педагогами, родителями

и руководством школ) (ноябрь – декабрь 2020 г.);

- онлайн-консультации на страновом уровне между отдельными страновыми координаторами и международными экспертами (ноябрь – декабрь 2020 г.).
- методы сбора данных.

Республике Таджикистан, как и другим странам Европейского региона, была предложена общая методика. Процесс ее согласования проходил в условиях пандемии COVID-19, то есть с учетом текущих ограничений.

Команда приняла участие в различных онлайн-семинарах по вопросам школьного здравоохранения и охраны прав детей, которые обсуждались с представителями других стран, а также с сотрудниками ВОЗ и международными экспертами.

Для оценки были выбраны 10 школ в четырех областях. Всего в интервью участвовали четыре специалиста и более 400 ключевых источников информации, в том числе директора школ, школьные медработники, педагоги и учащиеся различных классов, а также другие сотрудники школ, не относящиеся к преподавательскому составу. В девяти школах были организованы очные обсуждения, и в шести школах – обсуждения в онлайн-формате. Каждая целевая группа состояла из 18–27 педагогов и 28–33 учащихся. Совещания с педагогами и учащимися проводились отдельно; но в одном случае педагоги приняли участие также в обсуждении в рамках целевой группы вместе с учениками. Исследование было проведено в городских и сельских школах, а также в школах, где обучаются дети мигрантов и беженцев (в основном из Афганистана), дети граждан из числа национальных меньшинств (люли – местная подгруппа рома), и в школах, расположенных в удаленных горных районах.

Основные результаты

Медицинским персоналом укомплектованы примерно 10% школ, в том числе 15 национальных школ для одаренных детей и 63 школ-интернатов, где медперсонал работает на условиях полной занятости. При этом в большинстве частных школ также имеются медсестры и врачи. Что касается частных школ, то требования к ШСЗ, выполняются преимущественно школами, расположенными в столице и других крупных городах. Все школы получают финансирование на подушевой основе, в пересчете на одного учащегося. Текущие объемы финансирования недостаточны, и школы не могут самостоятельно распоряжаться бюджетными средствами без согласия Министерства финансов. Выделенные средства расходуются нерационально; основная доля бюджета направляется на выплату зарплат сотрудникам (более 90%), на содержание здания школы и прилегающей территории и т. д. В ближайшее время ожидается увеличение бюджета, выделяемого на организацию школьного питания, в том числе изменение структуры бюджета школ, в котором с 2022 г. для школьного питания будет выделена отдельная статья.

Следует также отметить, что у учащихся старшего возраста выявлены психические и социальные проблемы, и в ряде школ дети упоминают об отсутствии психологов. Дети выразили недовольство неприемлемым отношением к ним со стороны учителей и их методами общения.

К сожалению, питание детей в государственных школах оставляет желать лучшего. Во всех школьных столовых, которые посетила исследовательская группа, вместо

здоровой пищи продаются блюда быстрого питания и газированные напитки. Помимо этого, во многих школах водоснабжение и санитарно-гигиенические условия не соответствуют нормам; в сельской местности туалеты расположены далеко от здания школ, что доставляет неудобства и дискомфорт, прежде всего в зимний период, и для девочек это особенно затруднительно.

Основные рекомендации и дальнейшие действия

В первую очередь в результате оценки была выявлена необходимость разработки политики улучшения ШСЗ путем формирования межсекторальной/межведомственной группы. На основе стратегических целей и задач должны быть созданы среднесрочные программы реализации стратегии. В ходе обсуждений результатов оценки ШСЗ на уровне различных межведомственных рабочих групп должны быть определены главные цели и задачи политики в отношении ШСЗ. В этой политике должны быть учтены предложения (и мнения) детей, подростков, родителей и медсестер, изложенные при проведении оценки. По возможности эти группы заинтересованных сторон должны быть привлечены к разработке политики. Другим ключевым элементом при формулировании политики является составление четкого плана мониторинга и оценки с целью контроля процесса осуществления, анализа пробелов и достижений, выстраивания межсекторального сотрудничества, особенно между секторами здравоохранения и образования, а также закрепления такого сотрудничества в совместных протоколах/меморандумах. Необходимо установление партнерских отношений с местными органами власти и активное привлечение школьников к участию во всей деятельности, связанной со школьным здравоохранением.

Следует заручиться одобрением и поддержкой всех мероприятий ШСЗ со стороны родителей, учреждений ПМСП, педагогов и учащихся; необходимо всегда оказывать поддержку наиболее уязвимым детям из семей с низким уровнем дохода, проживающих в наиболее удаленных горных районах.

Следует четко понять, в чем заключаются фактические задачи, не ограничиваясь в этой работе исключительно научными знаниями и доказательственной базой. Необходимо создание системы мониторинга и оценки всей осуществляемой деятельности. Что особенно важно, педагоги не должны быть перегружены задачами, связанными со здравоохранением, поскольку их главная задача заключается в обучении детей. Кроме того, требуется разработка учебных пособий и модулей и их интеграция в учебные программы средних и высших образовательных учреждений (колледжей, университетов и т. д.).

Приложение 11. Резюме: Узбекистан

Осуществление проекта в Республике Узбекистан была запланировано на период с декабря 2020 г. по сентябрь 2021 г. Этот проект является частью текущего международного процесса, направленного на повышение качества услуг здравоохранения для детей и подростков и на обеспечение соблюдения стандартов охраны прав ребенка, закрепленных в Конвенции о правах ребенка.

Мероприятия по созданию школ укрепления здоровья, были включены в государственную программу дальнейшего развития здравоохранения, утвержденную Президентом Республики Узбекистан.

Оценка проводилась в соответствии с общей методикой, разработанной для группы из девяти стран Европейского региона. Следует отметить, что процесс проходил в условиях пандемии COVID-19, поэтому методика была адаптирована к введенным ограничениям.

Процедура оценки была разделена на следующие этапы:

1. кабинетное исследование нормативно-правовой базы;
2. адаптация и перевод инструмента оценки на национальный язык и его распространение;
3. отбор школ для участия в оценке;
4. обсуждение в рамках фокус-групп с руководством/директорами выбранных школ; медицинскими работниками (врачами и медсестрами), представителями образовательного сектора (педагогами); детьми и подростками; родителями и опекунами;
5. анализ данных, заполнение сводных таблиц, описание сильных, слабых сторон и пробелов, выявленных во время оценки.

В ходе анализа оценки качества медицинских услуг, предоставляемых учащимся в образовательных учреждениях различных регионов Республики, были выявлены одинаковые проблемы, являющиеся причиной неудовлетворительного качества школьного здравоохранения. К таким проблемам относятся нехватка персонала и низкий уровень оплаты труда; недостаточная подготовка и низкая мотивация работников ШСЗ; недостаточное финансирование и оснащение школьных медицинских кабинетов; недостаточная координация работы и обмена данными между образовательными и медицинскими учреждениями; низкий уровень информатизации ШСЗ; отсутствие показателей для мониторинга предоставляемых услуг и повышения их качества; и особенно важно отметить ненадлежащую организацию участия родителей/опекунов, а также учителей и/или других представителей местного населения в программах и мероприятиях по укреплению здоровья детей (разработка и осуществление).

Сходство проблем в разных регионах страны указывает на необходимость выработки единой политики для их преодоления, которая должна включать программы обучения медперсонала, определение основных видов медицинских услуг, оказываемых в школах, разработку материалов и техническое оснащение школьных медицинских кабинетов, а также повышение качества экспертной и аналитической работы в медицинских и образовательных учреждениях.

Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г., основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

Государства-члены

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

Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро
UN City, Marmorvej 51,
DK-2100 Copenhagen Ø,
Denmark

ТЕЛ. +45 45 33 70 00

ФАКС +45 45 33 70 01

ЭЛ. ПОЧТА eurocontact@who.int

ВЕБ-САЙТ www.who.int/europe