



ЕВРОПА

**Эффективны ли программы (схемы)
лечения болезней с точки зрения
повышения качества медицинской
помощи, оказываемой лицам с
хроническими заболеваниями?**

Август 2003 г.

РЕФЕРАТ

Синтезированный доклад Сети фактических данных по вопросам здоровья (НЕН) о программах ведения болезней.

Большая часть бремени болезни в Европейском регионе приходится на долю хронических заболеваний. Несмотря на то, что сегодня для лечения различных хронических состояний существуют эффективные методы вмешательства, имеют место широкие различия в практике оказания медицинской помощи. Одной из мер, направленных на преодоление подобной ситуации, являются программы ведения болезней. Они предполагают организацию медицинской помощи в виде многопрофильных, многокомпонентных программ на основе принципа упреждающего вмешательства, при этом в центре внимания находится все течение хронической болезни и применяются стандарты медицинской помощи, основанные на доказательствах.

Настоящий доклад представляет собой ответ сети НЕН на вопрос одного из руководящих лиц, принимающих решения. В нем синтезированы самые точные и убедительные данные, имеющиеся на сегодняшний день, включая кратко изложенные основные результаты исследований и варианты политики, связанные с рассматриваемой проблемой.

Сеть НЕН, созданная по инициативе Европейского регионального бюро ВОЗ и координируемая им, является информационной службой, предназначенной для лиц, принимающих решения в области общественного здравоохранения и медико-санитарной помощи в Европейском регионе ВОЗ. Услугами НЕН также могут пользоваться и другие заинтересованные стороны.

Настоящий доклад СФДЗ составлен приглашенными для этой цели экспертами, и на них лежит ответственность за его содержание, которое не обязательно отражает официальную политику ЕРБ/ВОЗ. Доклад был подвергнут международному рецензированию, организованному сотрудниками СФДЗ.

При цитировании данного доклада просьба приводить следующее описание:
Velasco-Garrido M, Busse R, Hisashige A (2003) Эффективны ли программы (схемы) лечения болезней с точки зрения повышения качества медицинской помощи, оказываемой лицам с хроническими заболеваниями? Are disease management programmes (DMPs) effective in improving quality of care for people with chronic conditions? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report; <http://www.euro.who.int/document/e82974.pdf>, accessed 29 August 2003)

Ключевые слова

КАЧЕСТВО МЕДИКО-САНИТАРНОЙ
ПОМОЩИ
ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ –
ЛЕЧЕНИЕ
ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИКО-
САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ
ИССЛЕДОВАНИЯ С ЦЕЛЬЮ ОЦЕНКИ
ОБЩЕНАЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ
ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ
СПОСОБЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ В
ПРИНЯТИИ РЕШЕНИЙ
ЕВРОПА

Запросы по поводу публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ просьба направлять по следующим адресам:

По электронной почте по поводу разрешения на перепечатку публикаций – по адресу: permissions@euro.who.int;
по поводу получения копий публикаций - по адресу: publicationrequests@euro.who.int;
по поводу разрешения на перевод публикаций – по адресу: pubrights@euro.who.int.

По обычной почте Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

©Всемирная организация здравоохранения, 2003 г.

Все права сохранены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет обращения с просьбой разрешить перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы ни в коем случае не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Там, где в заголовках таблиц используется обозначение “страна или район”, оно охватывает страны, территории, города или районы. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых пока что еще может не быть полного согласия.

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

Всемирная организация здравоохранения не гарантирует, что информация, содержащаяся в настоящей публикации, является полной и правильной, и не несет ответственности за какой-либо ущерб, нанесенный в результате ее использования. Мнения, выраженные авторами или редакторами данной публикации, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Эффективны ли программы (схемы) лечения болезней с точки зрения повышения качества медицинской помощи, оказываемой лицам с хроническими заболеваниями?

Сеть фактических данных по вопросам здоровья Европейского регионального бюро ВОЗ (HEN)

Август 2003 г.

СОДЕРЖАНИЕ

Резюме	5
Проблема	5
Выводы.....	5
Соображения, относящиеся к выбору политики	5
Введение	6
Источники информации для настоящего обзора	8
Результаты исследования.....	8
Другие аспекты.....	11
Выводы	14
Соображения, относящиеся к выбору политики.....	15
Литература	16
Приложение 1. Методы синтеза	18
Приложение 2. Обзор исследований, включенных в настоящий синтезированный доклад, и исключенных из него	19

Резюме

Проблема

В Европейском регионе основная часть бремени болезней приходится на хронические заболевания. Несмотря на наличие эффективных схем лечения различных хронических болезней, в системах здравоохранения все еще наблюдаются большие различия в практике оказания медицинской помощи. Программы или схемы лечения болезней – это одна из мер, направленных на решение данной проблемы. Лечение больных при этом организуется в рамках многодисциплинарных многокомпонентных программ, основанных на проактивном подходе, нацеленном на все течение хронического заболевания и с использованием стандартов и нормативов медицинской помощи, основанных на фактических данных.

Выводы

Согласно результатам проведенных оценок, большинство программ лечения хронических заболеваний позволяют добиться реальных улучшений. Большой объем фактических данных, подтверждающих данное высказывание, имеется по диабету, депрессии, хронической сердечной недостаточности и сердечно-сосудистым заболеваниям.

Имеются свидетельства того, что программы или схемы лечения болезней помогают медицинским работникам более строго придерживаться стандартов и нормативов лечения, основывающихся на фактических данных.

Каких-либо фактических данных о том, какие компоненты этих программ являются наиболее важными для повышения качества медобслуживания, в настоящее время не имеется.

Также не имеется каких-либо прямых свидетельств того, что применение программ лечения болезней позволяет значительно сократить показатели смертности или улучшить качество жизни пациентов.

Каких-либо фактических данных об экономической эффективности программ лечения болезней также не имеется.

Соображения, относящиеся к выбору политики

Необходимость улучшения качества медицинской помощи, оказываемой лицам с хроническими заболеваниями, не требует доказательств. Программы лечения болезней помогут достичь эту цель применительно к таким хроническим заболеваниям, как диабет, депрессия, хроническая сердечная недостаточность и сердечно-сосудистые заболевания. Несмотря на наличие четкой взаимосвязи между улучшенной практикой лечения хронических заболеваний, с одной стороны, и улучшением результатов медицинской

помощи с точки зрения здоровья пациентов, с другой, мы не располагаем какими-либо достоверными научными данными о том, что те или иные конкретные программы лечения позволяют улучшить показатели выживаемости больных или качества их жизни. Однако следует помнить о том, что отсутствие фактических данных не говорит о том, что улучшения не имеется, а только о том, что этот вопрос нуждается в дальнейшем изучении.

Для внедрения программ лечения болезней могут потребоваться крупные инвестиции. Поэтому важно изучить экономическую эффективность любой такой программы лечения, прежде чем начать ее применение в широких масштабах.

Авторами настоящего синтезированного доклада HEN являются:

Д-р Marcial Velasco-Garrido
Берлинский технический университет
Институт медико-санитарных дисциплин
Кафедра организации медицинской помощи
EB2, Strasse des 17. Juni 145
10623 Berlin, Germany
Тел.: +49 30 314-28419
Факс: +49 30 314-28433
mig@tu-berlin.de

Reinhard Busse
Профессор организации медицинской помощи
Кафедра организации медицинской помощи
Берлинский технический университет
и Европейская обсерватория по системам медицинской помощи,
Berlin Hub
EB2, Strasse des 17. Juni 145
10623 Berlin, Germany
Тел.: +49 30 314-28420
Факс: +49 30 314-28433
mig@tu-berlin.de

Д-р Akinori Hisashige, PhD
Директор
Институт оценки технологии медицинской помощи
2-24-11 Shomachi, Tokushima
akih@k3.dion.ne.jp

Введение

Во всем мире в работе систем здравоохранения уделяется большое внимание обеспечению непрерывности и преемственности в лечении, недопущению врачебных ошибок, безопасности больных, эффективности оказания услуг и устранению чрезмерно больших различий в практике лечения (1). Многие страны, входящие в Европейский регион Всемирной организации здравоохранения, внедрили такие национальные стратегии

обеспечения качества, как системы аккредитации, системы управления качеством работы больниц (например, с использованием концепции "Общего управления качеством", системы Европейского фонда управления качеством) или системы внешних оценок, такие, как классификационные таблицы или аудиты (2,3).

Качество медицинской помощи можно определить как "степень, в которой медико-санитарные услуги, оказываемые отдельным гражданам или контингентам населения, повышают вероятность достижения желаемых результатов для здоровья и соответствуют современному уровню профессиональных знаний" (4). В этом определении подчеркивается один очень важный аспект качества: его взаимосвязь с научными знаниями о действенных вмешательствах. Высокого качества медицинской помощи можно добиться только в тех случаях, когда меры вмешательства, дающие нужный эффект, применяются в нужное время к тем больным, которые действительно в них нуждаются. Поэтому улучшение качества медицинской помощи требует определения передовой клинической практики и содействия ее распространению, а именно, разработки основанных на доказательствах методических указаний или рекомендаций по клинической практике и проведения оценок технологии здравоохранения. Качество медико-санитарной помощи можно повысить посредством переноса полученных научных данных из сферы исследований в практическую сферу. Благодаря такому подходу можно уменьшить различия в практике и способствовать распространению правильных методик ведения больных.

В то же время качество оказания медицинской помощи не сводится лишь к использованию на практике фактических данных. Большое значение для качества помощи имеют также организационные и структурные аспекты оказания помощи. Например, врачебные ошибки часто в большей степени объясняются структурными проблемами и структурой системы, чем действиями отдельных специалистов (5). Немалую угрозу для качества помощи представляет и раздробленность системы здравоохранения. Как больных, так и медицинских работников беспокоят проблемы, которые могут возникать на стыках между амбулаторной и стационарной медицинской помощью и между группами специалистов, структурными подразделениями или бригадами медицинской помощи (6). Отсутствие непрерывности и преемственности медицинской помощи может вызывать задержку в принятии необходимых мер, дублирование услуг и приводить к несогласованности между вмешательствами. Качеству лечения людей, страдающих хроническими заболеваниями, могут угрожать как недостаточно полный перенос фактических данных в плоскость практики, так и организационные проблемы. Имеются утверждения о том, что ведение больных астмой, например, не в полной мере соответствует рекомендациям европейских методических указаний, основанных на доказательствах (7). Многие еще можно улучшить и в применении фактических данных к повседневной практике ведения больных диабетом (8). Очень часто в оказании помощи больным хроническими заболеваниями участвуют многие медицинские работники самого разного профиля, и поэтому нужно улучшать согласованность в их действиях, чтобы обеспечить преемственность и избежать дублирования.

Для переноса научных данных в область практики предложено несколько методов. Для того, чтобы реализовать клиническую практику, основанную на доказательствах (через методические указания, протоколы ведения помощи и формулярные списки эффективных лекарственных препаратов), повысить согласованность действий медицинских работников и обеспечить комплексный характер оказываемой помощи, были введены программы

ведения болезней (ПВБ) (9). Единого определения программ ведения болезней нет, однако для них характерны три главные особенности: база знаний, система предоставления помощи с согласованными элементами лечения и ухода и непрерывный процесс совершенствования (10). Основные элементы ведения болезней представлены во врезке 1.

Врезка 1. Ведение болезней: основные элементы

- всеобъемлющая помощь: участие нескольких специалистов, многопрофильность, помощь в экстренных случаях, профилактика и укрепление здоровья
- комплексная помощь, непрерывный процесс помощи, согласованность разных составных элементов
- ориентация на контингент (определяемый конкретным заболеванием)
- средства активного ведения клиента-пациента (санитарное просвещение, создание и расширение возможностей для активного участия, самопомощь)
- методические указания, протоколы, схемы ухода, основанные на доказательствах
- информационная технология, системные решения
- непрерывное улучшение качества

Источник: адаптировано из (9)

Таким образом, ведение болезни представляет собой средство координации помощи, при использовании которого внимание уделяется всему клиническому течению болезни. Медицинская помощь организуется и осуществляется в соответствии с научными данными, и для достижения более благоприятных результатов для здоровья к активному участию в этом процессе привлекаются больные.

Цель данного синтезированного доклада заключается в том, чтобы резюмировать имеющиеся сведения о программах ведения болезней и по возможности выявить ключевые элементы, определяющие их успех по сравнению со "стандартной" или "обычной" помощью.

Источники информации для настоящего обзора

Нами проведен поиск в опубликованной литературе с целью выявления систематических обзоров, отчетов об оценке технологии и мета-анализов, содержащих оценку эффективности ПВБ (см. приложения 1 и 2).

Результаты исследования

Данные, полученные из систематических обзоров¹

Спланированные надлежащим образом исследования, в которых оценивались программы ведения болезней, показали, что большинство из этих программ, по сравнению со "стандартной" или "обычной" помощью, позволяют реально улучшить качество помощи,

¹ Подробности см. в таблицах 1 и 2 Приложения.

оказываемой больным хроническими заболеваниями. В этих исследованиях качество измерялось по критерию соблюдения медицинскими работниками и учреждениями стандартов медицинской помощи и по способности больных контролировать свое заболевание. В основе используемых при этом стандартов лежат данные научных исследований, а контроль заболевания измерялся с помощью признанных объективными суррогатных исходов (например, в случае диабета – по уровням гликемии, в случае астмы – по объему форсированного выдоха). Было показано, что риск госпитализации среди хронических больных сердечной недостаточностью и ишемической болезнью сердца, включенных в программы ведения болезней, уменьшается, а это указывает на более полный контроль основного заболевания. ПВБ, разработанные для ведения больных ишемической болезнью сердца, характеризовались более высокими процентами назначения бета-блокаторов, противотромбоцитарных препаратов или препаратов, снижающих содержание липидов в крови. В программах, предназначенных для ведения больных застойной сердечной недостаточностью, отмечался более высокий процент назначения ингибиторов ангиотензин конвертирующего фермента. Эти препараты повышают выживаемость или ослабление симптомов и рекомендуются в повсеместно признанных методических указаниях по клинической практике.

ПВБ для ведения больных диабетом с большей вероятностью приводили к адекватному контролю концентраций гликозилированного гемоглобина, и их чаще отбирали для лечения осложнений на сетчатке, ногах или почках или неврологических осложнений. Более высокие показатели результативности позволяют сделать вывод о том, что благодаря программам ведения болезней удастся изменить подход к оказанию медицинской помощи – перейти от реагирования на проявление осложнений к принятию упреждающих мер вмешательства в предвидении потенциальных осложнений.

В программах, которые оценивались в систематических обзорах, включенных в настоящий синтетический доклад, использовались разные стратегии реализации, и они предназначались для широкого спектра различных вмешательств, медицинских работников и больных. Результаты позволяют предположить, что в ПВБ выше степень соблюдения медицинскими работниками и учреждениями стандартов, основанных на доказательствах, лучше преемственность и непрерывность оказываемой помощи и выше уровень знаний больных об их болезни.

Пробелы в научных данных и противоречивые результаты

Большинство данных, свидетельствующих об эффективности ПВБ, основано на оценках программ, разработанных для ведения больных диабетом, депрессией¹, ишемической болезнью сердца и хронической сердечной недостаточностью. Что касается программ ведения других хронических заболеваний, результаты не позволяют сделать окончательных выводов. Например, ПВБ, предназначенные для медицинских работников и учреждений (за исключением программ ведения ревматических симптомов), не привели к более строгому соблюдению стандартов оказания помощи, основанных на доказательствах, и не улучшили контроль заболевания у лиц с гиперлипидемией и/или гипертензией. Однако ПВБ, предусматривающие меры вмешательства, адресованные больным, приводили к улучшению контроля заболевания (за исключением ревматоидного артрита и остеоартрита). В основу этих результатов положены оценки небольшого числа

¹ Мы исключили из данного синтезированного доклада психиатрические расстройства, однако во всеобъемлющем обзоре Weingarten et al. (12) выявлено 25 программ ведения больных депрессией.

программ, и имеющиеся данные не позволяют выявить наиболее успешные стратегии реализации программ ведения болезней. Идеальное сочетание вмешательств, по-видимому, для разных заболеваний – объектов лечения разное.

Ведение болезни представляет собой очень широкую концепцию, включающую разное содержание, разные формы медицинской помощи и ее организации. Почти в каждом испытании была реализована единственная в своем роде программа, состоявшая из различных элементов. Это иллюстрирует разнородность концепции ведения болезней. Еще одним подтверждением этого является тот факт, что не было установлено никакого дублирования исследований, включенных в обзор McAlister et al. (11) и в обзор Weingarten et al. (12). Все исследования, включенные в оба эти обзора, соответствовали определению ведения болезни, однако отличались по своей реализации настолько, что ни одно из исследований не попало сразу в оба обзора. Существует очевидная необходимость в выработке более строгой концепции ведения болезней, которая давала бы возможность провести более точный синтез и сделать более достоверные выводы.

Еще одним важным недостатком является разнородность критериев сравнения. В исследованиях, включенных в рассматриваемые здесь обзоры, ПВБ сравнивались со "стандартной" или "обычной" помощью. Однако организация и предоставление помощи различаются и между разными системами, и в рамках одной и той же системы здравоохранения.

Ни в одном из испытаний, включенных в систематические обзоры, не проводилось сравнения дополнительных выгод отдельно взятых элементов программы, и поэтому сделать выводы об идеальном сочетании элементов ПВБ не представляется возможным. Описания программ слишком неточны, чтобы можно было воспроизвести программы применительно к другим группам. Скорее всего, наиболее эффективное сочетание элементов программы ведения болезни будет зависеть от заболевания, являющегося объектом лечения, и от ситуации, в которой организуется медико-санитарная помощь.

Хотя ПВБ, которые оценивались в проанализированных исследованиях, реально улучшают качество медико-санитарной помощи, измеряемое по критериям соблюдения медицинскими работниками и учреждениями стандартов, основанных на доказательствах, и контроля заболевания, ни одна программа не продемонстрировала статистически значимого положительного влияния на показатели смертности или заболеваемости. В большинстве случаев при оценке ПВБ эти конечные результаты не измерялись. Обзор Weingarten (там же), в котором рассматривались программы ведения двенадцати заболеваний-объектов, оценки смертности не включал. Протокол обзора Norris et al. (13), посвященного диабету, включал смертность от всех причин, но авторы обзора не обнаружили ни одного достаточно полного испытания, в котором бы содержались сведения об этом показателе. Влияние ведения больных с определенным заболеванием на показатель смертности оценивалось McAlister и соавторами в двух обзорах (по ишемической болезни сердца и хронической сердечной недостаточности). Ими не было установлено какой-либо статистически значимой разницы в смертности больных между ПВБ и другими методами организации медицинской помощи.

Поскольку ПВБ способствуют улучшению контроля хронических заболеваний, можно было бы ожидать, что улучшится также и выживаемость. Отсутствие поддающегося измерению влияния на смертность имеет два возможных объяснения. Во-первых,

измерять значимое влияние на смертность могли не позволять недостатки организации испытаний. Например, время последующего врачебного наблюдения после исследований было относительно коротким (в среднем 12 месяцев). Во-вторых, в то время как улучшается лечение заболеваний, являющихся объектами программы, другие сопутствующие заболевания могут не лечиться или оставаться недолеченными. Это обычно снижает всякий положительный эффект программы с точки зрения выживаемости. Имеются утверждения о том, что одним из возможных недостатков ПВБ является то, что в них все внимание уделяется определенному заболеванию, фактору риска или симптому, однако данных, которые бы доказывали справедливость подобных утверждений, нет. Все еще нуждается в оценке долговременное воздействие ПВБ на здоровье и системы оказания медицинской помощи. Не было также проведено оценки влияния ПВБ на качество жизни больных и на степень удовлетворенности больных и медицинских работников, а также оценки эффективности программ в сопоставлении с затратами на их реализацию.

Убедительность доказательств

Данные, приведенные в настоящем синтезированном докладе, основаны на опубликованных систематических обзорах, включающих как рандомизированные контролируемые испытания (согласно утверждениям, они представляют наиболее высокий уровень доказательства (14)), так и нерандомизированные контролируемые испытания или испытания, контролируемые до или после исследований, которые были признаны приемлемыми при оценке организационных вмешательств (15).

Наиболее убедительные из имеющихся доказательств относятся к программам, объектами которых являются диабет, ишемическая болезнь сердца и сердечная недостаточность. На основании результатов обзора, выполненного Norris и соавторами, Специальная рабочая группа США по местной и профилактической медицинским службам настоятельно рекомендовала программы ведения болезней как действенные меры вмешательства с целью улучшения лечения диабета (16). Доказательства были охарактеризованы как убедительные, поскольку в нескольких исследованиях с достаточно продуманной схемой и хорошей организацией были получены сходные результаты (17). И все же эта рекомендация основывается только на улучшениях подтвержденных суррогатных исходов, поскольку доказательств эффективности в снижении смертности или заболеваемости было недостаточно.

Другие аспекты

Условия для успешной реализации ПВБ

Включенные в данное исследование систематические обзоры не позволяют сделать выводов об относительной эффективности отдельно взятых элементов какой-либо программы. Рассмотренные программы были слишком разнородны, а описания вмешательств и стратегий реализации были недостаточно подробны.

В отношении факторов, определяющих успех той или иной программы ведения болезни, можно принять следующие допущения: по-видимому, ПВБ подходит для заболеваний, в практике лечения которых наблюдаются широкие различия и имеют место

неблагоприятные исходы вследствие проблем, связанных с последовательностью и преемственностью лечения и ухода и с нахождением доказательств эффективности вмешательств. Можно считать, что непременным условием успешной реализации ПВБ является наличие доказательств. Тем самым обеспечивается доверие к программе и ее признание (10), а также возможность оценки ее эффекта.

Для ведения болезни нужны изменения в поведении как медицинских работников, так и больных (9). Примерами стратегий достижения таких изменений являются различные стратегии в области образования и подготовки кадров, системы отзывов и напоминаний, выделение целевых категорий больных и/или медицинских работников. Никаких данных в обоснование каких-либо рекомендаций в отношении идеального сочетания мер вмешательства нет. Выбор вмешательства зависит от конкретного заболевания и от факторов, определяющих неблагоприятные или благоприятные исходы. Например, если для достижения положительных исходов решающее значение имеет соблюдение больными всех требований и предписаний, акцент в программе должен быть сделан на поведении больных. Другим ключевым определяющим фактором изменения типа поведения является мотивация различных заинтересованных сторон. Было выдвинуто предположение о том, что мотивация медицинских работников к тому, чтобы поддерживать программу, может оказаться под угрозой, если главный акцент в ней сделан на ограничении издержек (10). Поэтому при определении целей программы важно добиться баланса между качеством помощи, удовлетворенностью медицинских работников и больных и издержками. Одним из методов обеспечения более высокого уровня соблюдения всех положений ПВБ является использование материальных стимулов. Однако применение материальных стимулов должно быть ограничено такими мероприятиями, эффективность которых полностью доказана, и схема их применения должна быть проработана со всей тщательностью, чтобы не допустить непредусмотренных отрицательных последствий (18).

Также была высказана мысль о том, что одним из ключевых факторов успеха ПВБ является непрерывное улучшение качества. Важным элементом программы ведения болезни следует считать систему индикаторов результативности и исходов (10).

Метод ведения болезней должен быть ориентирован на долгосрочную перспективу (10). Некоторые результаты, такие, как соблюдение медицинскими работниками стандартов медицинской помощи, основанных на доказательствах, или улучшение некоторых суррогатных параметров, могут поддаваться измерению в краткосрочном и среднесрочном плане, однако программы должны включать в себя стратегии, направленные на обеспечение устойчивости этих результатов в долгосрочной перспективе.

Врезка 2. Критические факторы в схеме успешных программ ведения болезней

- подходящее заболевание – объект программы
- доказательная основа
- учет факторов, мешающих реализации
- стратегии, направленные на изменение установок заинтересованных сторон
- равновесие между экономическими целями и целями качества помощи
- стратегии постоянного улучшения качества
- стратегии оценки эффективности программ в сопоставлении с затратами

Затраты и эффективность в сопоставлении с ними

Когда в Соединенных Штатах впервые вводились ПВБ, их главная цель заключалась в достижении экономии затрат (19). Для реализации ПВБ нужны значительные капиталовложения. В оценках программ ведения болезней необходимо учитывать затраты на разработку и внедрение программы, включая обучение и информационную технологию (особенно аппаратное и программное обеспечение) (9). Утверждается, что имеющиеся факты, которые указывают на уменьшение числа случаев госпитализации и снижение процента осложнений от хронических заболеваний, доказывают возможность экономии затрат. Однако нет никаких доказательств, позволяющих сделать вывод о том, что ПВБ более эффективны в сопоставлении с затратами, чем стандартная медицинская помощь. Другой важный вопрос, в отношении которого отсутствуют какие-либо доказательства, касается того, каким должно быть идеальное распределение ресурсов на разные элементы программы.

Возможные социальные последствия

Высказывались опасения по поводу этических и социальных последствий программ ведения болезней (9). Уменьшение свободы выбора в результате стандартизации может поставить под угрозу независимость больных. Также нужно уточнить, кто именно из медицинских работников должен играть роль координатора ПВБ и какое значение это может иметь для обязанностей других лиц, оказывающих помощь, по отношению к отдельному пациенту (9).

Многие ПВБ были разработаны при поддержке определенных кругов, имеющих коммерческие интересы, в частности, фармацевтической промышленности. Была высказана озабоченность по поводу того, что это может привести к незапланированным последствиям для системы здравоохранения или что ПВБ могут быть использованы как средство сбыта определенных лекарственных препаратов или медицинских приборов и устройств (20,21).

Проекты, осуществляемые в настоящее время, и нынешние тенденции

Примерами ПВБ, осуществляемых на сегодняшний день в Европе, являются следующие проекты:

Маастрихтский проект (22): В январе 2000 года в провинции Маастрихт в Нидерландах была внедрена программа ведения больных диабетом. Заявленной целью программы является повышение качества помощи, предоставляемой больным диабетом. Программа включает в себя следующие элементы: основная группа, состоящее из врачей общей практики, специалистов по сестринскому уходу и эндокринологов; взаимодействие с другими лицами, оказывающими помощь и осуществляющими уход (например, офтальмологами, диетологами); наличие протоколов, в которых указаны способы оказания помощи, обязанности и задачи; предоставление помощи в соответствии с методическими указаниями по клинической практике; систематический сбор данных о контактах с больными для контроля каждого больного и оценки различий в практике между медицинскими работниками. К январю 2001 года в проекте участвовали 42 врача общей практики, ведущих 2100 больных. В настоящее время проводится оценка данного вмешательства.

Эффективны ли программы (схемы) лечения болезней с точки зрения повышения качества медицинской помощи, оказываемой лицам с хроническими заболеваниями?

Сеть фактических данных по вопросам здоровья Европейского регионального бюро ВОЗ (HEN)

Август 2003 г.

Национальные схемы медицинского обслуживания: В "Белой книге" правительства Соединенного Королевства от 1997 года под названием "Новая Национальная служба здравоохранения" был сформулирован план модернизации британской Национальной службы здравоохранения. В результате этого Национальная служба здравоохранения приняла "Национальные схемы медицинского обслуживания" (НСМО), целью которых является повышение качества и оперативности системы. В строгом смысле НСМО не являются программами ведения болезней, но они представляют собой систематические действия, направленные на улучшение медицинской помощи при определенных заболеваниях или помощи, оказываемой определенным группам больных, и имеют некоторые общие элементы с программами ведения болезней. В них охватывается весь ход заболевания и определяются всеобъемлющие стратегии государства по организации помощи с целью улучшения исходов заболевания. В НСМО изложены государственные стандарты помощи, основанные на доказательствах, включая организационные вмешательства, сформулированы стратегии предоставления медицинского обслуживания и установлены критерии эффективности для оценки прогресса. В настоящее время НСМО охватывают раковые заболевания, интенсивную терапию при детских болезнях, психические заболевания, ишемическую болезнь сердца, геронтологию и диабет. Разрабатываются НСМО для медицинского обслуживания при заболеваниях почек, обслуживания детей и помощи при хронических неврологических заболеваниях (23).

Программы ведения болезней в Германии: Принятый в 2001 году закон о реформе здравоохранения заложил основу для реализации ПВБ в Германии. Программы организуются фондами здравоохранения и должны быть официально признаны Федеральным страховым ведомством – государственным органом, осуществляющим надзор в области социального страхования. Реализация ПВБ увязывается с материальным стимулированием фондов здравоохранения, поскольку включенные в программы больные считаются отдельно в межфондовом механизме компенсации рисков. Минимальные стандарты и критерии включения в программу, основанные на доказательствах, предлагаются Координационным комитетом (органом самоуправления, в состав которого входят представители фондов по отдельным заболеваниям и медицинских работников) и затем принимаются министерством здравоохранения и социальной защиты. На сегодняшний день установлены стандарты для диабета II типа, рака молочной железы и ишемической болезни сердца. В 2003 году будут приняты стандарты для программ ведения больных диабетом I типа, астмой и хронической обструктивной болезнью легких. Первая программа была официально признана в апреле 2003 года – программа ведения больных раком молочной железы в земле Северный Рейн. Контракт, заключенный между всеми фондами здравоохранения данной земли и региональной ассоциацией врачей, предусматривает оказание медицинской помощи женщинам, страдающим раком молочной железы, в соответствии со строго упорядоченной схемой ведения болезни. В программе будут участвовать около 950 врачей-гинекологов и 20 больниц (24).

Выводы

- Сутью ПVB можно считать организацию медицинской помощи в виде многопрофильных, многокомпонентных программ на основе принципа упреждающего вмешательства, в центре внимания которых находится все течение хронической болезни и в которых для формулирования стандартов помощи применяются идеи доказательной медицины.
- Возможность переноса результатов анализа программ ведения болезней на другие условия, отличающиеся от тех условий, в которых эти программы оценивались, осложняется из-за разнородности ПVB и их зависимости от конкретных условий. Единой модели ведения болезней, которая могла бы применяться повсеместно, не существует.
- ПVB повышают качество помощи, оказываемой больным хроническими заболеваниями, которое измеряется с помощью показателей результативности. Однако данных о влиянии ПVB на выживаемость и качество жизни или об их относительной эффективности в сопоставлении с затратами нет.
- Определить идеальное сочетание элементов для достижения эффективности ПVB невозможно.
- Необходимо дать оценку экономического, социального и этического значения программ ведения болезней.

Соображения, относящиеся к выбору политики

Данные, доказывающие долгосрочные последствия ПVB для здоровья, влияние ПVB на качество жизни или их относительную эффективность в сопоставлении с затратами, отсутствуют. Поэтому при решении вопроса о принятии ПVB как стратегии повышения качества медицинской помощи и преодоления недопустимых расхождений в практике лечения необходимо иметь в виду, что такие программы следует вводить только в контролируемых условиях, когда имеется возможность оценить связанные с ними затраты и получаемые выгоды.

Независимо от того, вводятся ПVB или нет, в центре любой инициативы по повышению качества медицинской помощи и стратегий уменьшения недопустимо больших расхождений в практике оказания медицинской помощи должен стоять вопрос о предоставлении помощи в соответствии со стандартами, основанными на доказательствах.

Литература

1. Shaw CD, Kalo I. A background for national quality policies in health systems. Copenhagen, World Health Organization, 2002.
2. Federal Ministry of Labour, Health and Social Affairs. Quality in Health Care: Conference Report of Meeting of European Health Ministries on Quality in Health Care. Vienna, 1998.
3. Federal Ministry of Social Security, and Generations. Quality Policy in the Health Care Systems of the EU Accession Candidates: Status quo and Perspectives. Vienna, 2001.
4. Campbell DT. Reforms as experiments. In: Guttentag M, Struening EL (eds.). *Handbook of evaluation research*. Beverly Hills, Sage, 1975.
5. Cubanski J, Kline J. Improving health care quality: Can federal efforts lead the way? *Issue Brief #539*. New York, The Commonwealth Fund, 2002.
6. Pelikan JM, Nowak P. Concepts on the Topic "Quality in Health Care". In: Federal Ministry of Labour, Health and Social Affairs (ed.). Quality in Health Care: Conference Report of Meeting of European Health Ministries on Quality in Health Care. Vienna, 1998.
7. Vermeire PA et al. Asthma control and differences in management practices across seven European countries. *Respiratory medicine*, 2002, 96:142-149.
8. Jencks SF et al. Quality of medical care delivered to medicare beneficiaries: A profile at state and national levels. *Journal of the American Medical Association*, 2000, 284:1670-1676.
9. Kesteloot K. Disease Management: A new technology in need of critical assessment. *International journal of technological assessment in health care*, 1999, 15:506-519.
10. Hunter DJ, Fairfield G. Managed Care: Disease Management. *British medical journal*, 1997, 315:50-53.
11. McAlister FA et al. Randomized trials of secondary prevention programmes in coronary heart disease: a systematic review. *British medical journal*, 2001, 323:957-962.
12. Weingarten SR et al. Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness –which one work? Meta-analysis of published reports. *British medical journal*, 2002, 325:925-928.
13. Norris SL et al. The effectiveness of disease and case management for people with diabetes –a systematic review. *American journal of preventive medicine*, 2002, 22(4S):15-38.
14. Centre for Evidence-Based Medicine. Levels of Evidence. Oxford, May 2001. http://www.cebm.net/levels_of_evidence.asp (взято 2003-05-13).
15. Alderson P et al. (eds.) Cochrane Effective Practice and Organization of Care Group. In : *The Cochrane Library*, Issue 1, 2003. Oxford: Update Software.

16. Task Force on Community and Preventive Services. Recommendations for Healthcare System and Self-Management Interventions to reduce morbidity, and mortality from diabetes. *American journal of preventive medicine* 2002, 22(4S):10-14.
17. Briss PA et al. Developing an Evidence-Based Guide to Community Preventive Services – Methods. *American journal of preventive medicine*, 2000, 18(1S)35-43.
18. McLoughlin V, Leatherman S. Quality or financing: what drives design of the health care system? *Quality and Safety in Health Care* 2003;12:136-142.
19. Pilnick A, Dingwall R, Starkey K. Disease Management: definitions, difficulties and future directions. *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, 79:755-763.
20. Bodenheimer T. Disease management in the American market. *British medical journal*, 2000, 320:563-566.
21. Greenlough T et al. Commercial partnerships in chronic disease management: proceeding with caution. *British medical journal*, 2000, 320:566-568.
22. Vrijhoef HJM et al. Adoption of disease management model for diabetes in region of Maastricht. *British medical journal*, 2001, 323:983-5.
23. www.doh.gov.uk/nsf/index.htm .
24. www.arqe-koa.de/htdocs/koa/aa_dmp.htm .
25. McAlister FA et al. A systematic review of randomized trials of disease management programmes in heart failure. *American journal of medicine*, 2001, 110:378-384.

Приложение 1. Методы синтеза

В основу настоящего синтезированного доклада был положен поиск данных в опубликованной литературе, включающей систематические обзоры, отчеты об оценке технологий здравоохранения и мета-анализы, касающиеся эффективности программ ведения хронических болезней. Поиск проводился по следующим базам данных: Cochrane Library, база данных INАНТА, Medline, EMBASE, Sociological Abstracts ("Рефераты по социологии"), SCI, SSCI, база данных Campbell Collaboration и база данных Информационного центра образовательных ресурсов (ERIC). Нами были использованы сочетания следующих ключевых слов: *disease management program*¹ (программа ведения болезни), *comprehensive multidisciplinary program** (всеобъемлющая многопрофильная программа), *case management program** (программа ведения больных), *chronic disease* (хроническое заболевание), *chronic illness** (хроническая болезнь). Для поиска в системе Medline мы использовали аттестованный поисковый фильтр из Йоркского центра обзоров и распространения (доступ на <http://www.york.ac.uk/inst/crd/search.htm>). Поиски в базах данных дополнялись поиском в Интернете вручную докладов членов INАНТА. В синтезированный доклад были включены только систематические обзоры, мета-анализы и отчеты об оценке технологии здравоохранения; отчеты о первичных исследованиях, а также об исследованиях вмешательств по поводу психических заболеваний и вмешательств, направленных исключительно на детей или подростков, не включались. Для включения в синтезированный доклад нужно было, чтобы в обзорах было четко сформулировано определение ведения болезни или по крайней мере указывались элементы программ ведения болезней.

Восемь из двенадцати потенциально пригодных для включения систематических обзоров были исключены. Причины исключения приведены в таблице 3 Приложения 2. В настоящем синтезированном докладе рассматриваются четыре систематических обзора. Один из них был посвящен программам ведения различных болезней (12), в одном главное внимание уделялось сердечной недостаточности (25), в одном – ишемической болезни сердца (11) и в одном – диабету (13).

¹ Звездочка указывает на то, что был использован символ с открытым значением.

Приложение 2. Обзор исследований, включенных в настоящий синтезированный доклад, и исключенных из него

Таблица 1. Характеристики включенных обзоров

Источник	Год	Рабочее определение ведения болезни	Заболевания	Базы данных, в которых проводился поиск, и период поиска	Критерии отбора	Включенные исследования и метод синтеза	Результаты
Weingarten et al.	2002	"вмешательство, предназначенное для лечения или профилактики хронического заболевания на основе систематического подхода, в котором могут применяться несколько лечебных воздействий", где систематический подход к оказанию помощи был определен как	Астма Боль в спине Болезнь венечной артерии Хроническая боль Хроническая обструктивная болезнь легких Депрессия* Диабет Терминальная стадия почечной недостаточности Гиперлипидемия	Medline Cochrane Library HealthStar Январь 1987 г. – июнь 2001 г.	<i>Включение:</i> Английский язык. <i>Схема:</i> рандомизированное контролируемое испытание, контролируемое клиническое испытание, контролируемое до и после исследования, исследование прерываемых временных рядов.	Выявлено: 16917 Отобрано: 102 исследования, в которых сообщается о 118 программах. Результаты были сведены в мета-анализ (эмпирический метод Байеса для случайных эффектов) для получения оценок величины	<u>Соблюдение медицинскими работниками методических указаний</u> (в зависимости от заболевания, например, частота назначения бета-блокаторов, частота назначения ингибиторов ангиотензин конвертирующего фермента, скрининговые

Эффективны ли программы (схемы) лечения болезней с точки зрения повышения качества медицинской помощи, оказываемой лицам с хроническими заболеваниями?
 Сеть фактических данных по вопросам здоровья Европейского регионального бюро ВОЗ (HEN)
 Август 2003 г.

		"систематически вырабатываемые утверждения и формулировки, помогающие врачам-практикам и больным принимать решения о наиболее подходящей медицинской помощи в данных клинических обстоятельствах."	Гипертензия Ревматоидный артрит		<i>Исключение:</i> Вмешательства, направленные только на улучшение соблюдения схемы приема лекарственных средств. Программы, нацеленные только на детей. Оценки отдельно взятых курсов лечения.	эффектов.	обследования с целью выявления осложнений на сетчатку и т.д.) <u>Контроль заболевания</u> (в зависимости от заболевания, например, повторный инфаркт, систолическое кровяное давление, концентрация холестерина ЛНП в крови)
McAlister et al.	2001a	В явной форме рабочего определения ведения болезни не дается, однако элементы программ в отобранных исследованиях совместимы с элементами ведения болезни, приведенными во врезке 2.	Сердечная недостаточность	Medline (1966-1999) Embase (1980-1998) Cinahl (1982-1999) Sigle (1980-1998) Cochrane Library (период не указывается)	<i>Включение:</i> Схема: рандомизированные контролируемые испытания. Амбулаторные вмешательства. <i>Исключение:</i> Стационарные вмешательства. Схема не рандомизирована.	Выявлено: 416 Отобрано: 11 испытаний, в 10 сообщениях о программах. Результаты были сведены в мета-анализ (модель фиксированных эффектов) для получения коэффициентов риска. Был выполнен	Смертность от всех причин Частота госпитализации Не менее одного случая госпитализации во время последующего наблюдения

Эффективны ли программы (схемы) лечения болезней с точки зрения повышения качества медицинской помощи, оказываемой лицам с хроническими заболеваниями?
 Сеть фактических данных по вопросам здоровья Европейского регионального бюро ВОЗ (HEN)
 Август 2003 г.

						анализ чувствительности и проведено испытание разнородности.	
McAlister et al.	2001b	В явной форме рабочего определения ведения болезни не дается, однако элементы программ в отобранных исследованиях совместимы с элементами ведения болезни, приведенными во врезке 2.	Ишемическая болезнь сердца	Medline (1966-1999) Embase (1980-1998) Cinahl (1982-1999) Sigle (1980-1998) Cochrane Library (период не указывается)	<i>Включение:</i> Вторичная профилактика ИБС Схема: рандомизированные контролируемые испытания. <i>Исключение:</i> Схема не рандомизирована. Оценивались отдельно взятые вмешательства. Было охвачено не более 50 больных. Первичная профилактика ИБС.	Выявлено: 1562 Отобрано: 12 испытаний, в 12 сообщениях о программах. Результаты были сведены в мета-анализ (модель фиксированных эффектов) для получения коэффициентов риска или оценок величины эффекта. Был выполнен анализ чувствительности и проведено испытание разнородности.	Смертность от всех причин <u>Частота повторного инфаркта</u> <u>Частота госпитализации</u> Не менее одного случая госпитализации во время последующего наблюдения <u>Соблюдение медицинскими работниками методических указаний</u> (назначение противотромбоцитных препаратов, бета-блокаторов или препаратов, снижающих

Эффективны ли программы (схемы) лечения болезней с точки зрения повышения качества медицинской помощи, оказываемой лицам с хроническими заболеваниями?
 Сеть фактических данных по вопросам здоровья Европейского регионального бюро ВОЗ (HEN)
 Август 2003 г.

							содержание липидов в крови) <u>Контроль заболевания</u> (содержание холестерина, кровяное давление, прекращение курения)
Norris et al.	2002	"организованный, ориентированный на упреждающие вмешательства многокомпонентный подход к предоставлению медико-санитарной помощи, охватывающий весь контингент лиц с определенной нозологической формой, такой, например, как диабет. Помощь осуществляется целенаправленно и интегрируется по всему комплексу болезни и ее	Диабет	Medline (1966-2000) ERIC (1966-2000) CINAHL (1982-2000) HealthStar (1975-2000)	<i>Включение:</i> Первичные исследования ведения болезни. Исследования, проведенные в странах с развитой рыночной экономикой (по определению Всемирного банка) Содержат информацию хотя бы по одному из исходов, представляющих интерес. Удовлетворяют заданным стандартам минимального	Выявлено: 622 Отобрано: 27 Структурированный качественный синтез с использованием описательной статистики и классификацией результатов по "убедительности доказательств" согласно заданным правилам. Формального мета-анализа не проводилось.	<u>Соблюдение медицинскими работниками методических указаний</u> (мониторинг гликозилированного гемоглобина (GHb), контроль концентрации липидов, осмотр ног, контроль протеинурии, скрининговые обследования с целью выявления осложнений на сетчатку) <u>Контроль заболевания</u> (концентрация GHb, вес, индекс массы

Эффективны ли программы (схемы) лечения болезней с точки зрения повышения качества медицинской помощи, оказываемой лицам с хроническими заболеваниями?
 Сеть фактических данных по вопросам здоровья Европейского регионального бюро ВОЗ (HEN)
 Август 2003 г.

		осложнений, профилактики сопутствующих патологических состояний и имеющих к ним отношение аспектов системы предоставления помощи."			качества.		тела, кровяное давление, концентрация липидов, качество жизни) <u>Интенсивность использования системы здравоохранения</u> (частота госпитализации, количество посещений врача) <u>Прочее</u> (знания больных о болезни, самоконтроль и т.д.)
--	--	--	--	--	-----------	--	--

*Данные о депрессии нами не рассматривались, поскольку мы исключили из синтеза психические расстройства.

Эффективны ли программы (схемы) лечения болезней с точки зрения повышения качества медицинской помощи, оказываемой лицам с хроническими заболеваниями?
 Сеть фактических данных по вопросам здоровья Европейского регионального бюро ВОЗ (HEN)
 Август 2003 г.

Таблица 2. Результаты, полученные из включенных обзоров

Источник	Компоненты программ ведения болезней	Краткая сводка результатов
Weingarten et al., 2002	<p><u>Образование медицинских работников:</u> Инструкции и/или материалы, в которых описаны действия по оказанию помощи, необходимой при заболевании, являющемся объектом программы.</p> <p><u>Получение информации от медицинских работников:</u> Информация, касающаяся результатов предоставляемой помощи или переживаний и ощущений больного.</p> <p><u>Напоминания для медицинских работников:</u> Подсказки о необходимости выполнить те или иные действия.</p> <p><u>Материальное стимулирование медицинских работников:</u> Выплаты за достижение конкретных целевых показателей эффективности.</p> <p><u>Образование больных:</u> Инструкции и/или материалы, в которых содержится информация о заболевании и его ведении.</p> <p><u>Напоминания для больных:</u> Подсказки о необходимости выполнить те или иные действия.</p> <p><u>Материальное стимулирование больных:</u> Выплаты за достижение конкретных целей лечения.</p>	<p>Элементы, включенные в программы: 78% программ включали образование больных 40% программ включали образование медицинских работников 27% программ включали получение информации от медицинских работников 24% программ включали напоминания для больных 16% программ включали напоминания для медицинских работников 5% программ включали материальное стимулирование больных Ни одна из программ не включала материального стимулирования медицинских работников В 59% программ было использовано 2 или более элементов.</p> <p><u>Соблюдение медицинскими работниками методических указаний было улучшено благодаря программам, в состав которых входили следующие элементы:</u> получение информации от медицинских работников, напоминания для медицинских работников, образование медицинских работников.</p> <p><u>Контроль заболевания был улучшен благодаря программам, в состав которых входили следующие элементы:</u> образование медицинских работников, получение информации от медицинских работников, напоминания для медицинских работников, образование больных, напоминания для больных, материальное стимулирование больных.</p>
McAlister et al., 2001a	<p><u>Образование медицинских работников:</u> Инструкции и/или материалы, в которых описаны действия по</p>	<p>Все программы включали более двух элементов.</p>

	<p>оказанию помощи, необходимой при заболевании, являющемся объектом программы.</p> <p><u>Получение информации от медицинских работников:</u> Информация, касающаяся результатов предоставляемой помощи или переживаний и ощущений больного.</p> <p><u>Многопрофильный последующий врачебный контроль:</u> Многопрофильная бригада специалистов, осуществляющая специализированный и интенсивный последующий врачебный контроль (например, посещение больных на дому)</p> <p><u>Образование больных:</u> Инструкции и/или материалы, в которых содержится информация о заболевании и его ведении.</p> <p><u>Напоминания для больных:</u> Подсказки о необходимости выполнить те или иные действия.</p>	<p><u>Смертность от всех причин</u> Программы не приводили к статистически значимому уменьшению угрозы смерти (коэффициент риска 0,94; доверительный интервал 95%: 0,75-1,19)</p> <p><u>Частота госпитализации</u> Программы приводили к снижению риска госпитализации (коэффициент риска 0,87; доверительный интервал 95%: 0,79-0,96)</p> <p><u>Соблюдение медицинскими работниками методических указаний</u> Данные не объединялись, в двух из трех испытаний, в которых сообщалось об этом результате, было выявлено значительное улучшение в рамках программ.</p>
<p>McAlister et al., 2001b</p>	<p><u>Образование медицинских работников:</u> Инструкции и/или материалы, в которых описаны действия по оказанию помощи, необходимой при заболевании, являющемся объектом программы.</p> <p><u>Многопрофильный последующий врачебный контроль:</u> Многопрофильная бригада специалистов, осуществляющая специализированный и интенсивный последующий врачебный контроль (например, посещение больных на дому)</p> <p><u>Образование больных:</u> Инструкции и/или материалы, в которых содержится информация о заболевании и его ведении.</p> <p><u>Напоминания для больных:</u> Подсказки о необходимости выполнить те или иные действия</p>	<p>Все программы включали более двух элементов.</p> <p><u>Смертность от всех причин</u> Программы не приводили к статистически значимому уменьшению угрозы смерти (коэффициент риска 0,91; доверительный интервал 95%: 0,79-1,04)</p> <p><u>Частота повторного инфаркта</u> Программы не приводили к статистически значимому снижению угрозы повторного инфаркта (коэффициент риска 0,94; доверительный интервал 95%: 0,80-1,10)</p> <p><u>Частота госпитализации</u> Программы приводили к снижению угрозы госпитализации</p>

Эффективны ли программы (схемы) лечения болезней с точки зрения повышения качества медицинской помощи, оказываемой лицам с хроническими заболеваниями?
 Сеть фактических данных по вопросам здоровья Европейского регионального бюро ВОЗ (HEN)
 Август 2003 г.

		<p>(коэффициент риска 0,84; доверительный интервал 95%: 0,76-0,94)</p> <p><u>Соблюдение медицинскими работниками методических указаний</u> Больным, включенным в программы, чаще назначались противотромбоцитные препараты (коэффициент риска 1,07; доверительный интервал 95%: 1,03-1,11). Больным, включенным в программы, чаще назначались бета-блокаторы (коэффициент риска 1,19; доверительный интервал 95%: 1,07-1,32). Больным, включенным в программы, чаще назначались препараты, снижающие содержание липидов в крови (коэффициент риска 2,14; доверительный интервал 95%: 1,92-2,38)</p> <p><u>Контроль заболевания</u> Данные не объединялись, но в пяти из восьми испытаний, в которых сообщалось об этом результате, было выявлено значительное улучшение в рамках программ.</p>
<p>Norris et al., 2002</p>	<p>Выявление контингента Методические указания в отношении стандартов эффективности <u>Ведение выявленного контингента</u> <u>Информационные системы для отслеживания и мониторинга</u> <u>Дополнительные вмешательства</u> (образование больных, напоминания для больных, образование медицинских работников, напоминания для медицинских работников)</p>	<p><u>Соблюдение медицинскими работниками методических указаний</u> <i>Убедительные доказательства</i> эффективности ведения болезни с точки зрения улучшения соблюдения медицинскими работниками методических указаний при контроле гликозилированного гемоглобина и проведении скрининговых обследований с целью выявления осложнений на сетчатку. <i>Достаточные доказательства</i> эффективности ведения болезни с точки зрения улучшения соблюдения медицинскими работниками методических указаний при проведении скрининговых обследований с целью выявления поражений ног или периферийной невропатии, мониторинга концентрации липидов и протеинурии.</p> <p><u>Контроль заболевания</u></p>

Эффективны ли программы (схемы) лечения болезней с точки зрения повышения качества медицинской помощи, оказываемой лицам с хроническими заболеваниями?
Сеть фактических данных по вопросам здоровья Европейского регионального бюро ВОЗ (HEN)
Август 2003 г.

		<p>Убедительные доказательства эффективности ведения болезни с точки зрения улучшения концентрации гликозилированного гемоглобина.</p> <p>В отношении всех других результатов доказательства были признаны <i>недостаточными</i>.</p> <p>Доказательства были признаны применимыми ко взрослым, болеющим диабетом и проходящим лечение в учреждениях организованной помощи и в местных поликлиниках в США и Европе.</p>
--	--	--

Эффективны ли программы (схемы) лечения болезней с точки зрения повышения качества медицинской помощи, оказываемой лицам с хроническими заболеваниями?
 Сеть фактических данных по вопросам здоровья Европейского регионального бюро ВОЗ (HEN)
 Август 2003 г.

Таблица 3. Исключенные публикации и причины исключения

Источник	Причина исключения
Ferguson JA, Weinberger M. Case management in primary care. <i>J Gen Intern Med</i> 1998, 13:123-126.	Обзор посвящен главным образом ведению отдельного больного. Исследования ведения болезней, включенные в данный обзор, также рассматривались в более всеобъемлющих обзорах, включенных в настоящий синтезированный доклад.
Gillespie J. The value of disease management – Part 1: Balancing cost and quality in the treatment of congestive heart failure: A review of disease management services for the treatment of congestive heart failure. <i>Dis Manage</i> 2001, 4:41-51.	Данная публикация включала исследования с неудовлетворительной схемой.
Gillespie JL. The value of disease management – Part 2: Balancing cost and quality in the treatment of diabetes mellitus. An annotated bibliography of studies on benefits of disease management for the treatment of diabetes mellitus. <i>Dis Manage</i> 2002, 5:37-50.	Данная публикация была признана несистематическим обзором.
Lee TA, Weiss KB. An update on health economics of asthma and allergy. <i>Curr Op Allergy Clin Immunol</i> 2002, 2:195-200.	Отсутствуют четкие критерии отбора, отсутствует определение вмешательства. Данная публикация была признана несистематическим обзором.
Philbin EF. Comprehensive multidisciplinary programmes for the management of patients with congestive heart failure. <i>J Gen Int Med</i> 1999, 14:130-135.	Данный систематический обзор был основан главным образом на исследованиях с неудовлетворительной схемой, не позволявшей оценить эффективность (угроза применимости выводов).
Renders CM, Valk GD, Griffin S, Wagner EH, Eijk JTM, Assendelft WJJ. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings (Cochrane Review). In: <i>The Cochrane Library</i> , Issue 1, 2003. Oxford: Update Software.	Данный обзор имел широкую сферу охвата и не был специально посвящен вопросу ведения болезней. Многие вмешательства, оцениваемые в данном обзоре, возможно, и являются элементами программ ведения болезней, но как таковые не анализировались. Соответствующие исследования, касающиеся ведения болезней, также были включены в другие обзоры, рассмотренные в нашем синтезированном докладе.
Rich MW. Heart failure disease management: a critical review. <i>J Card Fail</i> 1999, 5:64-75.	В обзоре не указаны ни источники, ни принципы поиска, ни критерии отбора. Данная публикация была признана

Эффективны ли программы (схемы) лечения болезней с точки зрения повышения качества медицинской помощи, оказываемой лицам с хроническими заболеваниями?

Сеть фактических данных по вопросам здоровья Европейского регионального бюро ВОЗ (HEN)

Август 2003 г.

	несистематическим обзором.
VATAP (2000). Impacts of case management programmes. Brief assessment of health care technology. Number 4. (http://www.va.gov/resdev/prt/ta_short_7_00.pdf , взято 2003-05-08).	Данная экспресс-оценка технологии касалась другого вмешательства (ведения отдельного больного).

*Эффективны ли программы (схемы) лечения болезней с точки зрения повышения качества медицинской помощи, оказываемой лицам с хроническими заболеваниями?
Сеть фактических данных по вопросам здоровья Европейского регионального бюро ВОЗ (HEN)
Август 2003 г.*

Европейское региональное бюро
Всемирной организации здравоохранения
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø
Denmark
Тел.: +45 39 17 17 17.
Факс: +45 39 17 18 18.
Эл.почта: postmaster@who.dk
Веб-сайт: www.euro.who.int