

АНАЛИЗ СИСТЕМ И ПОЛИТИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

КРАТКИЙ АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР 13

Каким образом телездравоохранение может помочь в предоставлении интегрированной помощи?

Karl A. Stroetmann, Lutz Kubitschke
Simon Robinson, Veli Stroetmann
Kevin Cullen, DavidMcDaid



Европейская
обсерватория 
по системам и политике здравоохранения

 **HEN** Health
Evidence
Network
EVIDENCE FOR DECISION-MAKERS

Ключевые слова:

TELEMEDICINE

COMPUTER COMMUNICATION
NETWORKS – utilization

DELIVERY OF HEALTH CARE,
INTEGRATED – trends

HEALTH POLICY

COST-BENEFIT ANALYSIS

Данный документ представляет собой очередной аналитический обзор из новой серии, предназначенной для государственных деятелей, руководителей высшего звена и организаторов здравоохранения.

При подготовке таких обзоров ставится задача разработать ключевые концепции формирования политики, основывающейся на фактических данных, и редакторы обзоров – в сотрудничестве с авторами – продолжают работу по совершенствованию этой серии, в частности путем повышения внимания к вопросам, связанным с выбором тех или иных стратегических подходов и их реализацией.

© Всемирная организация здравоохранения, 2010 г., и Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2010 г.

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

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

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

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

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

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

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

Каким образом телездравоохранение может помочь в предоставлении интегрированной помощи?

Содержание

	Стр.
Основные положения	
Реферат	
Краткий аналитический обзор	
Контекст с точки зрения политики здравоохранения и использование телездравоохранения в настоящее время	1
Что нам известно о преимуществах и эффективности телездравоохранения?	11
Какие стратегические подходы могли бы помочь более широко использованию телездравоохранения в качестве одного из средств поддержки систем интегрированной помощи	16
Выявление альтернативных путей осуществления перемен	25
Резюме и перспективы	32
Библиография	34

Авторы

Karl A. Stroetmann, Lutz Kubitschke, Simon Robinson и Veli Stroetmann, Empirica Communication and Technology Research, Бонн, Германия

Kevin Cullen, Work Research Centre, Дублин, Ирландия

David McDaid, LSE Health & Social Care, London School of Economics and Political Science и European Observatory on Health Systems and Policies, Лондон, Соединенное Королевство

Редакция

Европейское региональное бюро ВОЗ и Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Главный редактор

Govin Permanand

Соредакторы

Enis Bariş
Josep Figueras
John Lavis
David McDaid
Elias Mossialos

Ответственные за выпуск

Jonathan North
Kate Willows Frantzen

Авторы и редакторы выражают благодарность рецензентам за их экспертную помощь и за комментарии о данной публикации.

№: 13

ISSN 1998-4081



Основные положения

- Наблюдаемые в мире тенденции – демографические изменения, рост заболеваемости хроническими болезнями и остающиеся неудовлетворенными потребности в более индивидуализированной помощи – требуют нового, комплексного подхода к предоставлению медико-санитарной и социальной помощи. Оказывающие помощь специалисты должны работать рука об руку с представителями разных секторов, одной бригадой, имея общие цели и ресурсы, чтобы осуществлять согласованные меры в ответ на потребности в помощи каждого отдельного человека. Благодаря передовой информационно-коммуникационной технологии (ИКТ) сегодня открываются широкие новые возможности для того, чтобы реализовать концепцию интегрированной помощи, которая пришла бы на смену сегодняшней цепочке изолированных мер, предпринимаемых в ответ на отдельно взятые угрозы здоровью.
- Одной из ключевых составляющих будущей интегрированной помощи является телездоровоохранение – предоставление помощи на расстоянии. Существующие сегодня обособленные прикладные задачи, решаемые с помощью телездоровоохранения, до сих пор не объединены в более комплексные стратегии электронного здравоохранения, которые предусматривали бы полную координацию протоколов ведения больных и процессов оказания услуг и безопасный обмен данными о пациентах. Появляются все более убедительные фактические данные, свидетельствующие о том, что телездоровоохранение можно успешно использовать для удовлетворения растущих требований об улучшении качества помощи, в частности, людям, страдающим хроническими заболеваниями. По-прежнему трудно решается вопрос включения телездоровоохранения в основной набор услуг медицинской помощи; одних рыночных сил для этого будет, скорее всего, по-прежнему недостаточно.
- Для того, чтобы аргументировано обосновывать необходимость инвестиций в прикладные системы телездоровоохранения, необходимо более грамотно использовать существующие фактические данные, чтобы с их помощью показывать не только то, что телездоровоохранение дает эффект вообще, но и где именно – в каких организационных условиях – оно будет давать эффект. Требуют внимательного изучения и обобщения фактические данные, полученные в ходе осуществления крупномасштабных опытных программ и из немногочисленных примеров внедрения телездоровоохранения в повседневную практику оказания помощи, причем особое внимание следует обращать не только на

клинические аспекты, но и на показатели, касающиеся успешного применения при оказании обычной помощи: управление изменениями, кадровые ресурсы, обеспечение согласованности на стыках между отдельными организационными элементами, требования в отношении финансирования, интегрирование технологий и этические нормы повседневной практики.

- Требуют критической оценки финансовые потоки в системах здравоохранения с точки зрения их способности выступать в качестве факторов стимулирования или сдерживания предоставления услуг телездоровохранения; при этом необходимо признать, что "коммерческие аргументы" в пользу телездоровохранения у разных заинтересованных сторон часто бывают совершенно разные. Серьезные препятствия на пути использования телездоровохранения могут также создавать и медико-правовые режимы и режимы нормативного регулирования. Нужно сравнить разные режимы, чтобы выявить наиболее успешную практику и наилучшие возможности для проведения нормативно-законодательной реформы с тем, чтобы создать условия для улучшения интегрированной помощи за счет использования телездоровохранения.
 - Использованию телездоровохранения как инструмента, помогающего обеспечить более качественную интегрированную помощь, можно содействовать через осуществление инициатив, в рамках которых объединяются стратегические функции. Это может включать создание финансовых и организационных структур (объединенных бюджетов, совместных предприятий) для поддержки партнерства между различными секторами.
 - Для того, чтобы добиться перемен, нужны механизмы, содействующие диалогу, посредством которого прививается чувство партнерства в проведении реформ и ослабляется сопротивление переменам. Проектированию технических сторон телездоровохранения должно предшествовать обновление процессов на основе ясно сформулированных приоритетов политики здравоохранения: ведь трудно ожидать, что технология сама по себе приведет к желаемым результатам. К управлению изменениями должны в полной мере привлекаться все заинтересованные участники. Обязательным требованием должно быть самое пристальное внимание вопросам этики; можно и нужно значительно улучшить удобство использования и функциональную совместимость современных информационно-коммуникационных систем.
-

Реферат

Стремление к большей интегрированности помощи само по себе не ново, но совсем недавно возникли новые возможности полноценной ее реализации. В частности, большой вклад в достижение этой цели может внести разумное применение передовой информационно-коммуникационной технологии.

Телездоровоохранение, или оказание помощи на расстоянии, вне всякого сомнения, станет одной из ключевых составляющих в будущей информационно-коммуникационной инфраструктуре, необходимой для организации интегрированной помощи. Лица, формирующие политику, уже сейчас возлагают на него большие надежды, рассматривая его как возможный способ решения обостряющихся проблем кадров. Для того, чтобы обеспечить интегрированность помощи, необходимо включить обособленные сегодня прикладные задачи, решаемые с помощью телездоровоохранения, в более комплексные стратегии электронного здравоохранения, в которых были бы предусмотрены полная координация протоколов ведения больных и процессов оказания услуг и безопасный обмен данными о пациентах.

Несмотря на то, что пока в Европе и в других регионах имеется мало примеров применения телездоровоохранения в порядке повседневной практики (в противоположность огромному объему исследований в этой области), формируется база все более убедительных фактических данных, свидетельствующих о том, что телездоровоохранение можно успешно использовать для того, чтобы помочь обеспечить более высокое качество интегрированной помощи, в частности, тем, кто страдает продолжительными хроническими заболеваниями.

Возможные варианты политики

Формирование и использование фактических данных, подтверждающих выгоды и эффективность телездоровоохранения с точки зрения соотношения затрат и результатов

Для того, чтобы аргументировано обосновывать необходимость инвестиций в прикладные системы телездоровоохранения как одного из аспектов информационно-коммуникационной инфраструктуры, необходимо более грамотно использовать существующие фактические данные, чтобы с их помощью показывать не только то, что телездоровоохранение дает эффект вообще, но и где именно – в каких организационных условиях – оно будет давать эффект. Требуют внимательного изучения и обобщения фактические данные, полученные

в ходе осуществления крупномасштабных опытных программ и взятые из опыта уже имеющихся примеров внедрения телездоровоохранения в повседневную практику оказания помощи, причем особое внимание следует обращать не только на клинические аспекты, но и на показатели, касающиеся успешного применения при оказании обычной помощи: управление изменениями, кадровые ресурсы, обеспечение согласованности на стыках между отдельными организационными элементами, требования в отношении финансирования, интегрирование технологий и этические нормы повседневной практики.

При дальнейшей оценке эффективности телездоровоохранения особенно важно рассматривать социально-экономические аспекты его внедрения в комплексе: нужно учитывать дополнительные затраты на обеспечение кадровых ресурсов и создание необходимой инфраструктуры для систем медико-санитарной, а также социальной помощи и для других служб. Для того, чтобы оценить выгоды и затраты в долгосрочной перспективе и определить тот уровень эффективности, на который должно выйти вложение средств в телездоровоохранение, чтобы считаться целесообразным, можно применять моделирование.

Анализ систем руководства на высшем уровне и институциональных структур, призванных облегчать внедрение рациональных решений на основе телездоровоохранения

Необходимо критически оценить финансовые потоки в системах здравоохранения и социального обеспечения и посмотреть, стимулируют ли они предоставление услуг телездоровоохранения или же создают препятствия для этого: "коммерческие аргументы" в пользу телездоровоохранения у разных заинтересованных сторон в системе медико-санитарной помощи и в других системах часто бывают совершенно разными.

Серьезные препятствия на пути использования преимуществ телездоровоохранения могут создавать медико-правовые режимы и режимы нормативного регулирования. Во многих правовых системах нормативная база мало приспособлена к особенностям этих новых услуг. Нужно сравнить разные режимы, чтобы выявить наиболее успешную практику и наилучшие возможности для нормативно-законодательной реформы, что позволит развить успех в достижении оптимальных исходов для общества при помощи телездоровоохранения.

Создание механизмов, обеспечивающих более эффективное сотрудничество между секторами

Большинство услуг, включенных в основной перечень видов оказываемой помощи, неизменно и прочно входят в число функций либо сектора здравоохранения, либо сектора социальной помощи. Для того, чтобы поддержать использование телездоровоохранения как инструмента, позволяющего обеспечить более качественную интегрированную помощь, абсолютной стратегической необходимостью является преодоление разрозненности этих стратегических функций. Это может включать создание финансовых и организационных механизмов (объединенных бюджетов, совместных предприятий) для поддержки партнерства между различными секторами.

Выявление альтернативных путей осуществления перемен

Создать механизмы для повышения уровня осведомленности, ведения диалога и обмена информацией между заинтересованными сторонами

Основными преградами, которые необходимо преодолевать, являются профессиональная культура и сопротивление новому, а также отсутствие организационного потенциала и желания менять установившиеся порядки. Один из подходов, с помощью которых можно ослабить сопротивление новому и сломать преграды между разными группами заинтересованных партнеров, заключается в создании механизмов, позволяющих вести подлинный и постоянно возобновляющийся диалог о возможных нововведениях и реформе. Когда заинтересованные партнеры участвуют в дискуссии о реформе, повышается вероятность того, что они будут воспринимать результаты этого процесса как нечто свое, собственное, а это в свою очередь может способствовать принятию и положительному восприятию новых структур, в том числе и технических решений на основе телездоровоохранения.

Проводить курс на инновации с акцентом на процессы

Для того, чтобы деятельность по разработке политики и ее превращению в стратегию увенчалась успехом, с самого начала нужно уделить главное внимание улучшению, модернизации и интегрированию процессов предоставления услуг. Многие из ныне существующих процессов не согласуются друг с другом, запутаны и недостаточно координируются для того, чтобы предоставление услуг успешно продолжалось и после того, как будет внедрено какое-либо решение на основе телездоровоохранения в попытке поддержать тот или иной процесс. Необходимо внимательно

изучить процессы предоставления услуг, особенно в тех случаях, когда они выходят за организационные и управленческие рамки одной структуры и переходят в другую. Для этого потребуется установить новый и строго определенный порядок взаимодействия на стыке между различными структурами. Такие инновации в технологии здравоохранения, как методы телездоровоохранения, должны следовать за инновациями в процессах, поддерживать их и создавать для них возможности, но не восприниматься как движущая сила.

Придерживаться многоаспектного подхода к управлению изменениями

Системный характер поддержки интегрированной помощи посредством информационно-коммуникационной технологии – что представляет собой инновацию как в технологии, так и в процессах – предъявляет серьезные требования к способности организаций и специалистов адаптироваться к новым условиям. Изменение структуры и культуры организации, организационно-технологических процессов или поведения относится к числу наиболее трудных задач при внесении любых усовершенствований в предоставление услуг медико-санитарной и социальной помощи. Повысить эффективность внедрения решений на основе телездоровоохранения можно с помощью мер, способствующих активному управлению изменениями на всех уровнях системы и создающих для него надлежащие условия. Такой подход требует поддержки со стороны руководства на самом высоком уровне, а проводить в жизнь и пропагандировать его должны специалисты по оказанию медико-санитарной и социальной помощи. Для него также требуется выделение достаточных финансовых средств в течение длительного времени. Средства, которые нужно вкладывать в технологию, кадры и материально-техническое обеспечение для осуществления изменений и придания им устойчивого характера, могут перевешивать ограниченную экономию денег, которая может быть получена за счет сокращения числа больных, поступающих в стационар на длительный срок, или за счет оптимизации трудовых процессов, особенно в краткосрочной перспективе. Значительные дополнительные инвестиции могут потребоваться сразу, еще до того, как сможет "окупиться" нововведение в оказание услуг на основе информационно-коммуникационной технологии.

Уделять самое серьезное внимание этике

Важно также постоянно помнить о вопросах этики, которые могут возникать вследствие использования телездоровоохранения. Без удовлетворительного решения вопросов этики у населения и специалистов будет меньше

желания пользоваться этими технологиями. На "макроэтическом уровне" в общей политике должен быть урегулирован вопрос о том, как услуги, оказываемые на основе информационно-коммуникационной технологии, могут влиять на равенство в отношении доступа к помощи и ее качество, или как системы материального стимулирования после внесения в них корректив будут влиять на доступность услуг на льготных условиях. Родственные этические вопросы касаются отбора пациентов, например, возможности появления практики деления людей на "сливки и отбросы", неприкосновенности частной жизни с точки зрения доступа немедицинского персонала к медицинской документации, например, в центрах обслуживания клиентов по телефону, или проблем качества и безопасности помощи, особенно на переходных этапах, когда пациенты переходят из стационарного учреждения в домашние условия. Возникают этические вопросы также и в отношении прозрачности и согласия на основе полной информированности, в отношении соразмерности и преднамеренности, права на неприкосновенность частной жизни и личное достоинство, а также вопросы, касающиеся открытой информации и надзора за хранением и использованием данными.

Улучшать удобство использования и функциональную совместимость технологии

Успеху внедрения будет способствовать обеспечение функциональной совместимости информационно-коммуникационных систем и устройств во всем континууме помощи. Все выгоды и преимущества информационных систем для предоставления интегрированной помощи вообще и телездоровоохранения в частности станут достижимыми только в том случае, если будет обеспечена техническая, а также семантическая совместимость всех совершенно разных информационно-коммуникационных решений, которые могут быть использованы для обеспечения непрерывности и преемственности помощи.



Краткий аналитический обзор

Контекст с точки зрения политики здравоохранения и использование телездоровоохранения в настоящее время

В качестве решения, призванного облегчить ту значительную нагрузку, которая ложится на системы медико-санитарной помощи в Европе, часто предлагается телездоровоохранение – использование прикладных систем информационно-коммуникационной технологии для предоставления услуг медико-санитарной помощи и долгосрочного ухода на расстоянии. Лица, формирующие политику, постоянно стоят перед проблемой нехватки кадров и финансовых средств, требующихся для удовлетворения спроса на услуги, а также перед необходимостью выбирать приоритеты в рамках ограниченных бюджетов.

Контекст с точки зрения политики здравоохранения

Прежде, чем рассматривать более конкретно роль телездоровоохранения, представляется необходимым оценить основные факторы формирования спроса на услуги медико-санитарной и социальной помощи и определить место данной области применения информационно-коммуникационной технологии в рамках более широкой концепции электронного здравоохранения, поскольку от этого в решающей степени будут зависеть возможные пути определения приоритетности и внедрения телездоровоохранения во всей Европе.

Основные факторы, формирующие спрос на услуги здравоохранения

Одним из главных факторов, обуславливающих необходимость перемен в системе здравоохранения, являются демографические изменения. В результате прогресса, достигнутого в медицине и технологиях оказания медико-санитарной помощи, улучшения среды, в которой живут люди (улучшение гигиены, доступа к питанию, жилищных условий и условий работы), а также снижения рождаемости во многих европейских странах происходит рост среднего возраста населения и увеличение доли лиц пожилого возраста. Только в 25 странах-членах ЕС доля лиц в возрасте 65 лет и старше, согласно прогнозам, должна увеличиться с 17% в 2007 г. до 21% к 2020 г. и до 28% к 2040 году (1). Имеющиеся сегодня прогнозы также показывают, что в странах Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) расходы только на долгосрочный уход должны возрасти с нынешнего уровня немногим больше 1% валового внутреннего продукта (ВВП) до 2–4% ВВП к 2050 г. (2). Изменения в структуре семьи также могут привести к тому, что в будущем предложение неформальных услуг по уходу станет более ограниченным. Например,

в Италии в период с 1970 по 2000 г. доля одиноких женщин удвоилась и составляет 40%. Такие изменения не ограничиваются одной Южной Европой: аналогичное повышение отмечается в Соединенном Королевстве (с 34% до 48%) и в Нидерландах (с 28% до 41%) (3).

Наряду со старением населения в странах с высоким уровнем доходов происходит изменение в бремени болезни: наблюдается смещение от инфекционных заболеваний и острых, угрожающих жизни состояний к ситуации, при которой системы медико-санитарной помощи вынуждены бороться с целым спектром хронических болезней. Некоторые из этих болезней могут быть связаны со старением населения (прежде всего деменция и некоторые виды рака), в то время как другие состояния отражают изменения в нашем образе жизни (такие как рост уровней ожирения и распространенности малоподвижного образа жизни) – например, диабет и сердечно-сосудистые заболевания – и все больше распространяются также и среди населения более молодого возраста (4).

Несмотря на все представления об обратном, ни старение населения, ни рост заболеваемости некоторыми хроническими болезнями не являются главным фактором повышения расходов (5,6). Хотя расходы на долгосрочный социальный уход по мере старения населения, несомненно, растут, остается непреложным тот факт, что основная часть расходов на медико-санитарную помощь для любого отдельно взятого человека приходится на последний год жизни, независимо от возраста этого человека (7–9). В основном быстрый рост расходов происходит вследствие повышения доходов на душу населения, появления перспективных, но дорогостоящих новых медицинских технологий, дефицита кадров, который может приводить к росту затрат на единицу услуг здравоохранения, и неравномерности распределения рыночной власти в сфере услуг медико-санитарной помощи (от чего в большой степени выигрывает аспект предложения в этой сфере, а не аспект спроса).

Возросли также и наши ожидания в отношении тех медико-санитарных и социальных услуг, которые мы получаем. Более образованные и информированные с помощью СМИ категории населения уже не являются индивидуальными пассивными получателями медико-санитарных услуг. Они все больше выступают в качестве потребителей, требующих быстро предоставляемых высококачественных услуг, полностью соответствующих их специфическим потребностям.

Одновременное действие всех этих факторов ведет к тому, что быстро возрастает объективная потребность в изменении способов предоставления медико-санитарной помощи. Необходимо строить работу по-новому и внедрять новую модель предоставления услуг с тем, чтобы можно было:

- реализовывать все более сложные процессы медико-санитарной помощи и удовлетворять вытекающую из этого потребность в стандартизации протоколов ведения больных и в радикальном повышении производительности труда, чтобы сдерживать растущие издержки;
- создать возможность как для активизации пациентов (ибо активность пациентов – это неиспользуемый ресурс), так и для наделения их более широкими правами участия в решении вопросов медико-санитарной и социальной помощи.

Это свидетельствует о насущной необходимости предоставлять помощь там, где в ней более всего нуждаются, по возможности отдавая предпочтение услугам на дому или в общине. Это также указывает на необходимость улучшения координации, работы на принципах партнерства и интегрирования при оказании услуг в области укрепления здоровья, общественного здравоохранения и социальной помощи.

Многое из того, что содержится в предлагаемом анализе, не открывает ничего нового в понимании проблемы (10). Однако произошли фундаментальные изменения в контексте. Впервые способность облегчать выполнение поставленных задач и создавать новые возможности, которой обладает передовая информационно-коммуникационная технология, фактически позволяет нам положительно отвечать на эти требования. Прикладные системы информационно-коммуникационной технологии, или электронное здравоохранение, могут позволить безопасно *обмениваться для совместного пользования* данными о пациентах, координировать протоколы ведения больных и процессы предоставления услуг, вырабатывать знания на основе структурированных данных и включать получаемые результаты в развивающийся стандарт оказания помощи, совместно предоставляемой нашими медицинскими и социальными службами.

Телездравоохранение в более широком контексте электронного здравоохранения и интегрированной помощи

Телездравоохранение можно трактовать как одну из специфических областей более всеобъемлющей концепции электронного здравоохранения. Электронное здравоохранение охватывает все случаи применения прикладных систем информационно-коммуникационной технологии в целях поддержки и объединения процессов оказания медицинских услуг и действующих лиц в системе здравоохранения как на месте, так и на расстоянии. Спектр таких прикладных систем широк – от схем организации инфраструктуры, таких как региональные сети здравоохранения, системы электронных карт больного и электронное назначение лечения, до специализированных прикладных систем,

таких как телерентгенология. Решающее воздействие на то, какая степень приоритетности может быть придана прикладным системам телездравоохранения и как они могут реализовываться в данном контексте страны или региона, оказывают всеобъемлющие приоритеты систем здравоохранения и соответствующие им стратегии электронного здравоохранения. В данном разделе кратко рассматривается роль электронного здравоохранения в поддержке создания интегрированных моделей помощи.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определила здоровье не только как отсутствие болезней и физических дефектов, но и как состояние полного физического, душевного и социального благополучия (11). Медико-санитарную помощь следует понимать не как оказываемую время от времени помощь при острых состояниях, когда налицо очевидные проявления болезни или травмы, а как более непрерывную и целостную услугу, предоставляемую и в ответ на очевидную потребность, и в целях предотвращения непредвиденных острых реакций организма и фаз дорогостоящего лечения. Особенно в тех случаях, когда речь идет о ведении хронических заболеваний и удовлетворении долгосрочных потребностей в уходе, необходимо преодолевать недостатки современных моделей предоставления помощи, которым часто присуще наличие "железобетонных" организационно-бюджетных блоков отдельно для укрепления здоровья и общественного здравоохранения, отдельно для оказания медико-санитарной помощи при острых состояниях, отдельно для оказания помощи при продолжительных заболеваниях и отдельно для услуг социальной помощи, и соединять обеспечивающие их структуры, процессы и системы в одно целое.

Именно такую новую модель предоставления услуг и призвана реализовать интегрированная помощь. Она представляет собой организационный принцип, охватывающий непрерывность и преемственность помощи, совместную ответственность за оказание помощи и отсутствие задержек и сбоев между различными фазами помощи. При интегрированной помощи специалисты из разных организаций работают вместе, одной бригадой в интересах достижения общей цели, имея общие ресурсы, для того, чтобы посредством интегрированного процесса оказания услуг удовлетворить все потребности данного человека в помощи. Для этого нужны высокое качество рабочих отношений сотрудничества, полная ясность и общность целей и планов оказания помощи, частое общение между членами бригады, ясное понимание и уважение индивидуальных ролей и профессиональных умений членов бригады, прозрачная структура материального стимулирования и гибкость практикующих специалистов в широком смысле (12). Благодаря тому, что при

интегрированной помощи устраняются ненужные границы между уставными целями и ресурсами организаций, создается возможность:

- предлагать услуги, полностью соответствующие потребностям, при оказании которых в центре внимания находится конкретный человек;
- извлечь выгоду из взаимозависимости между результатами медико-санитарной и социальной помощи;
- облегчить непрерывность и преемственность помощи для широкого круга уязвимых групп населения;
- добиться общей эффективности за счет улучшения координации помощи (13).

Это в свою очередь требует организации вспомогательной инфраструктуры, например, ведения электронных историй болезни, доступных для совместного использования всеми участниками процесса. И вообще становится все труднее представить себе интеграционные инициативы без развитой подсистемы управления информацией об оказываемой помощи и информационно-коммуникационного компонента технического решения (13).

На практике движущей силой в механизмах интеграции услуг средствами электронного здравоохранения выступают события, ориентированные на интересы пациентов, или инициативы, идущие сверху вниз, от органа, финансирующего или поручающего оказание услуг, например, центрального правительства или местного органа власти. Пример первого можно увидеть в Дании, где центральным правительством, местными органами самоуправления и частными компаниями, связанными с датским сектором здравоохранения, было создано кооперативное предприятие "МедКом", в задачу которого входит преодоление проблем связи и общения между больницами, врачами первичного звена, службами социальной помощи и другими поставщиками медицинских услуг путем использования системы отправки сообщений (14) (врезка 1). Примером второго является автономная коммуна Андалузия в Испании, где функционирует система ведения электронных историй болезни и электронного назначения лечения Diraya (врезка 2) (15).

Эти два примера свидетельствуют о том, что уже достигнут определенный прогресс в создании нового поколения информационных систем интегрированной помощи, обладающих способностью в более отдаленной перспективе совершить революцию в применении информационно-коммуникационной технологии в сфере оказания медицинской и социальной помощи. Одновременно проводятся многочисленные эксперименты, в которых применяются технические решения на основе

Врезка 1. Информационно-коммуникационное обеспечение более полной интеграции стационаров, служб первичной медико-санитарной помощи и социальной помощи в Дании: подход по принципу снизу вверх

При поступлении в стационар любого пациента автоматически инициируется сообщение с уведомлением в соответствующий местный орган самоуправления и местную службу медицинской помощи на дому. При выписке пациента в службу медицинской помощи на дому автоматически направляется еще одно сообщение с тем, чтобы после выписки могло быть возобновлено предоставление всех необходимых услуг. Ведущий данного больного врач первичного звена получает по электронной почте письмо с сообщением о выписке больного, и это позволяет врачу координировать медико-санитарные и социальные услуги и составить обновленный план лечения или реабилитации. Такая организация помощи благотворно сказалась на производительности системы, составляющей теперь примерно один человеко-день на каждого выписанного из стационара больного (14).

Врезка 2. Информационно-коммуникационное обеспечение более полной интеграции услуг медико-санитарной помощи: единая система ведения электронных историй болезни (Diraya) в Андалузии иллюстрирует подход по принципу сверху вниз

Система обеспечивает преемственность помощи в регионе с населением свыше восьми миллионов человек. Она состоит из единой региональной системы ведения электронных историй болезни, которой могут пользоваться все поставщики медико-санитарной помощи, в том числе аптеки и больницы. Эта важнейшая инициатива, которая ведет свое начало с 1999 года, позволила централизованно вести свыше 1000 баз данных, детализировать однотипные данные и организовывать их структуры. В этой системе историй болезни собрана информация о здоровье каждого человека, полученная от первичного звена медико-санитарной помощи, аптек, специализированных отделений амбулаторной помощи и стационарных отделений неотложной помощи. Доступ к ней могут иметь медицинские работники, имеющие допуск, по мере необходимости, в любое время и в любом месте на территории Андалузии, в котором данному лицу может потребоваться медико-санитарная помощь. Системой пользуются 94% всех специалистов первичного звена медико-санитарной помощи, к ней прибегают в 75% несчастных случаев и эпизодов неотложной помощи. Благодаря этой системе было на 15% снижено число обращений к врачам первичного звена больных, получающих электронный рецепт в связи с эпизодом обращения за помощью или по поводу хронического заболевания, который может быть выписан несколько раз в течение двенадцати месяцев. На 10% было уменьшено число случаев неявки на амбулаторный прием и на столько же сократились издержки благодаря использованию единой централизованной базы данных вместо нескольких местных баз данных (15).

телездравоохранения. Это указывает на необходимость обеспечить более полную интеграцию подобных решений в рамках более широкой стратегической перспективы здравоохранения и всеобъемлющей стратегии электронного здравоохранения. Вполне вероятно, что только после этого сможет полностью раскрыться потенциал телездравоохранения.

Как услуги телездоровоохранения могут помочь в предоставлении интегрированной помощи?

Услуги телездоровоохранения способны помочь системам здравоохранения более оперативно удовлетворять растущий спрос, создаваемый такими факторами, как старение населения, потребность в ведении хронических болезней и постоянно возрастающие ожидания потребителей. Потенциал телездоровоохранения получает все более широкое признание в политике здравоохранения в Европе (16–18).

Однако на сегодняшний день услуги телездоровоохранения чаще всего используются для выполнения разрозненных задач и не воспринимаются как часть решения общей проблемы улучшения интегрированности помощи (19). Они используются для поддержания взаимоотношений и развития диалога между различными поставщиками медицинской или социальной помощи, а в последнее время и между этой группой и гражданами. Чаще всего, однако, подобные вмешательства используются для поддержания взаимоотношений между поставщиками медицинских или социальных услуг и конкретными клиентами (см. врезку 3). В число вмешательств входят персональные системы здравоохранения, обеспечивающие предоставление постоянных индивидуализированных услуг здравоохранения с контролем качества отдельным лицам, независимо от их местонахождения (20). Обычные прикладные задачи включают

Врезка 3. Пример сети телездоровоохранения, соединяющей пациентов и поставщиков услуг в Ломбардии (Италия)

"Сеть дистанционной обработки и передачи медицинских данных" в итальянской области Ломбардия предоставляет специализированные услуги высокого качества в области телекардиологии больным, страдающим сложными заболеваниями, такими как хроническая болезнь сердца, ожидающим операции по пересадке сердца или других видов операции на сердце, а также больным, нуждающимся в многопрофильном ведении ухода на дому. Данные электрокардиограмм больных передаются в центр обработки звонков, и там за ними наблюдают медицинские сестры, которые могут передавать эти данные бригаде кардиологов по всей Ломбардии. Работа сети позволила повысить качество кардиологических услуг и способствовала более рациональному использованию ресурсов за счет того, что врачи первичного звена могут быстрее получать альтернативные мнения и интегрировать их в свои решения, а больницы могут применять услуги дистанционной сестринской помощи на дому и центра обработки звонков. Выгоды для больных и ухаживающих за ними лиц проявляются в снижении на 35% поступления больных в стационар, в уменьшении на 12% числа обращений амбулаторных больных за стационарной помощью, которая им больше не нужна, в сокращении на 15 дней времени ожидания начала или изменения лечения для 14% больных и в уменьшении времени на проезд и расходов наличных средств для больных и их родственников-попечителей (21).

услуги по телефону, использование домашних приборов телемониторинга, проведение телеконсультаций и предоставление услуг по мобильным телефонам, в том числе посылка текстовых сообщений с напоминаниями о приеме у врача и предупреждениями о приеме лекарственных средств. Также в перечень услуг входят системы дистанционного ухода, поддерживающие потоки срочной информации из дома, в которых автономно обнаруживается потребность в дополнительном вмешательстве.

При таких функциональных возможностях телездоровоохранения, в частности, благодаря его способности облегчать расширение предоставления медико-санитарной помощи и долгосрочного ухода за пределы стационара и на дому (телездоровоохранение и дистанционный уход на дому) оно может стать неотъемлемой частью будущих информационных систем интегрированной помощи. Теперь мы рассмотрим существующую сегодня базу фактических данных о выгодах и эффективности телездоровоохранения, покажем примеры практического опыта, а затем предложим разные варианты политики, которые можно было бы применить для того, чтобы облегчить более широкое внедрение телездоровоохранения для поддержки интегрированной помощи во всех странах Европы.

Использование телездоровоохранения в настоящее время

Что нам известно об использовании телездоровоохранения при оказании помощи в порядке обычной практики?

Нами было замечено, что многие ожидают, что с помощью решений на основе информационно-коммуникационной технологии можно реально обеспечить предоставление интегрированной помощи всем людям – старым и молодым, особенно тем, кто страдает продолжительными хроническими болезнями. Но достаточно ли у нас фактических данных, чтобы подкрепить ими такие ожидания и руководствоваться ими в развитии стратегии? Для того, чтобы лучше понять возможные варианты политики и выработать разумные рекомендации, в данном разделе кратко резюмируются имеющиеся фактические данные о нынешних уровнях внедрения телездоровоохранения и о наблюдаемых эффектах его использования.

В целом, хотя мы и можем отметить появление все большего количества фактических данных, свидетельствующих о благотворном воздействии телездоровоохранения на предоставление помощи в определенных обстоятельствах (22), эта база фактических данных почти исключительно построена на изолированных примерах опытно-экспериментальной реализации. Сегодня "реализация часто характеризуется тем, что опытно-экспериментальные проекты не переходят в устойчиво работающие

системы оказания услуг" (23). В идеале для того, чтобы строить политику на основе фактических данных, нам нужна информация о том, какое воздействие телездоровоохранение оказывает в условиях нормального, систематического предоставления помощи, т.е. при повседневном оказании основных видов помощи или помощи в порядке обычной практики.

Насколько широко оно принято в настоящее время?

Уровень превращения телездоровоохранения в общепринятую практику предоставления помощи, т.е. его включения в стандартный набор медико-санитарных и социальных услуг, в целом в Европе остается достаточно низким (24). Сегодня можно встретить сравнительно немного примеров внедрения в стандартную практику. Да и в том, что можно встретить, наблюдается широкий разброс в масштабах и сферах приложения. Во многих случаях это инициативы чисто местного уровня, в которых участвует всего один поставщик или группа местных поставщиков услуг. Большинство сфер применения телездоровоохранения в Европе, которые включены в основной набор услуг, сводятся к поддержке ведения хронических заболеваний (врезка 4). Кое-что делается также в отношении досрочной выписки из стационара ("стационар на дому").

В Соединенных Штатах Америки телездоровоохранение или по крайней мере телемониторинг на дому позволили создать нечто вроде плацдарма в отечественной индустрии помощи на дому. Около 17% агентств по оказанию помощи на дому, которые приняли участие в обследовании, проведенном в 2007 г. Национальной ассоциацией помощи на дому и хосписов, сообщили об использовании той или иной формы телездоровоохранения (25). Среднее число приемников телемониторинга,

Врезка 4. Телездоровоохранение как вспомогательное средство ведения хронических заболеваний в Германии

В Германии после успешно проведенных опытно-экспериментальных проектов один из фондов медицинского страхования (TAUNUS BKK) с 2007 г. ввел телездоровоохранение на дому в качестве одного из основных элементов специализированных программ ведения заболеваний. В рамках одной из инициатив телездоровоохранение используется вместе с системой ведения диабета и поддержки принятия решений. В рамках другой объектами работы являются пациенты, входящие в группу риска сердечной недостаточности. В зависимости от соответствующих медицинских показаний, с помощью отделения помощи на дому может проводиться мониторинг таких жизненно важных параметров, как содержание сахара в крови, масса тела, кровяное давление и электрокардиограмма. Все полученные данные автоматически вводятся в персональную историю болезни. Сотрудники – узкие специалисты автоматически получают сигнал тревоги, если оказываются превышенными заданные пороговые величины. Кроме того, пациенты получают рекомендации в отношении питания, физической нагрузки и фармакотерапии (26).

приходящихся на одну организацию помощи на дому, остается незначительным: даже среди крупнейших организаций помощи на дому чаще всего встречается ответ "от десяти до двадцати пяти приемников".

Хотя телездравоохранение не получило в Европе широкого распространения в контексте лечения, во многих странах чаще встречаются кнопочные системы оповещения, помогающие принимать меры по минимизации риска при продолжительных хронических состояниях – телепомощь "первого поколения" (24). В Англии в настоящее время также шире внедряется телепомощь "второго поколения". Она включает выдачу пациентам на дом дополнительных датчиков для того, чтобы повысить уровень безопасности и дать возможность своевременно принять меры вмешательства не только после того, как была нажата тревожная кнопка, но и после автоматического обнаружения целого ряда типов угрозы для здоровья данного человека.

К другим нововведениям относится использование в таких странах, как Германия, Нидерланды и Швеция, новых средств приема и передачи информации, в частности, видеотелефонии, чтобы облегчить личное общение на более высоком качественном уровне между людьми, находящимися дома, и профессиональными сотрудниками службы помощи. В некоторых случаях технические средства телепомощи также используются для поддержки попечителей из числа родственников в качестве элемента основной системы предоставления услуг, как, например, в службе, действующей в двух городах и четырех муниципалитетах в Швеции (врезка 5).

Врезка 5. Служба ACTION для помощи ослабленным лицам старшего возраста и их попечителя в Швеции

Услуги, оказываемые службой телепомощи ACTION, включают дистанционное снабжение лиц пожилого возраста и их близких предназначенной специально для них информацией и проведение специальных обучающих программ с целью укрепления их способности к самообслуживанию, что позволяет им лучше справляться с трудностями своего положения. По запросу попечители из числа родственников могут получать поддержку от местных центров этой службы. Также создаются благоприятные условия для объединения клиентов службы в сеть и для взаимного обмена информацией между ними с помощью информационно-коммуникационной технологии. Как показывают исследования качественных показателей, благодаря этому попечители из числа родственников чувствуют себя увереннее и более компетентно выполняют свою роль в оказании помощи, а самим лицам пожилого возраста и членам их семей легче образовывать неформальные сети взаимопомощи.

Что нам известно о преимуществах и эффективности телездоровоохранения?

Доказательная база

Качество доказательной базы остается невысоким, несмотря на то, что в одном из обзоров сообщалось, что опубликовано почти 9 тысяч научных работ, посвященных испытаниям и экспериментальным исследованиям систем телепомощи (22). В нашем обзоре, в котором рассматривалось пользование телепомощью лицами пожилого возраста и лицами, имеющими продолжительные расстройства здоровья, нам удалось выявить 68 рандомизированных испытаний в контролируемых условиях и еще 30 обсервационных исследований с числом участников 80 или более. Почти две трети этих исследований проводились в Соединенных Штатах Америки. Авторы пришли к заключению, что наиболее действенными вмешательствами посредством систем телепомощи, включая вмешательства, направленные на оказание помощи лицам, страдающим диабетом или сердечными пороками, оказались автоматизированный мониторинг основных показателей состояния организма (с точки зрения снижения пользования медико-санитарными услугами) и сестринское наблюдение по телефону (с точки зрения улучшения клинических показателей и снижения пользования медико-санитарными услугами). Для оценки эффективности вмешательств с точки зрения соотношения затрат и результатов информации было очень мало (22).

К таким же выводам пришли и авторы нескольких других систематических обзоров, касающихся проведенных по строго научной методике рандомизированных испытаний в контролируемых условиях и других хорошо организованных обсервационных исследований эффективности этих вмешательств. В одном систематическом обзоре телездоровоохранения, телепомощи и мониторинга на дому удалось выявить 138 научных статей и отчетов, посвященных 130 проектам, из которых 80% представляли собой рандомизированные испытания в контролируемых условиях. Были получены фактические данные о действенных вмешательствах в таких случаях, как диабет, психическое расстройство, мониторинг случаев беременности с повышенным риском, сердечная недостаточность и сердечная болезнь. Однако данные о затратах приводились менее, чем в 20% процентах этих исследований (27).

Еще в одном систематическом обзоре рассматривался вопрос о том, в какой степени телемедицина могла бы заменить постановку диагноза и лечение, совершаемые врачом, который работает лицом к лицу с пациентом. Из 106 исследований, включенных в этот обзор, свидетельства о достигаемом эффекте были разные: "в нескольких ограниченных

исследованиях были показаны выгоды вмешательства на дому посредством телемедицины при хронических заболеваниях". Было также отмечено, что прикладные системы телемедицины могут с успехом применяться для вербальной коммуникации и взаимодействия в таких областях, как психиатрия (28). Тем не менее, авторы приходят к заключению, что для окончательного прояснения вопроса о том, как лучше всего использовать услуги телепомощи, по-прежнему необходимо проводить больше исследований по строго научной методике.

Ссылаясь на пять исследований, касающихся мониторинга физиологических показателей на дому, обращений к врачу по телефону, обращений к врачу по каналу видеосвязи и дистанционной рассылки сообщений, Litan (25) сообщает о снижении числа случаев поступления больных в отделения неотложной помощи пациентов, страдающих заболеваниями сердца, заболеваниями легких, диабетом и хроническими ранами. В этом же обзоре было установлено, что в зависимости от состояния пациента и особенностей той или иной программы телездравоохранение может увеличивать или уменьшать число обращений к врачу. Обращения к врачу могут быть как реакцией на наступившее состояние, так и упреждением болезни, поэтому ранние предупреждения, полученные в результате мониторинга состояния здоровья на дому, вполне могут приводить к увеличению числа обращений в целях упреждения.

В обзоре применения телездравоохранения для оказания помощи лицам, страдающим застойной сердечной недостаточностью, было отмечено, что в шести из девяти исследований в контролируемых условиях сообщалось о снижении общего числа случаев госпитализации на 27–40 процентов. В трех исследованиях также было отмечено значительное сокращение длительности пребывания в стационаре тех больных, которые все же были госпитализированы (29). Аналогичные выводы в отношении потенциала снижения числа случаев госпитализации и пользования медико-санитарными услугами были сделаны еще в одном, совсем недавнем обзоре 21 исследования телемониторинга на дому (30).

Почти десять лет назад Whitten и соавторы (31) выполнили обзор, специально посвященный исследованиям, в которых ставилась цель дать экономическую оценку вмешательств посредством телемедицины. В обзоре было выявлено 55 исследований телемедицины, в ходе которых были получены данные об издержках. В более 50% исследований был сделан вывод о том, что телемедицина позволяет экономить только деньги или время и деньги, и лишь в 7% исследований вывод заключался в том, что экономии в деньгах телемедицина не дает. В то же время авторы отметили, что фактические данные об экономических аспектах, как правило, были получены в небольших по масштабам кратковременных

исследованиях, которые зачастую характеризовались слабой организацией и неудовлетворительным техническим качеством. В другом, более позднем обзоре вмешательств посредством телемониторинга на дому по поводу четырех хронических заболеваний – диабета, сердечно-сосудистых заболеваний, легочных болезней и гипертонической болезни – было выявлено 65 подходящих исследований. В целом вмешательства были признаны эффективными и приемлемыми для больных, однако всего 26% исследований включали анализ издержек хотя бы в зачаточной форме (32).

Резюмируя вышеизложенное, следует отметить, что хотя доказательная база остается неоднозначной, можно выделить все больше исследований, указывающих на эффективность различных вмешательств посредством телездоровоохранения в совершенно конкретных контекстах и условиях. В принципе, увеличение инвестиций в телездоровоохранение в долгосрочной перспективе может принести значительные здравоохранительные и экономические выгоды, хотя примеров реализации, охватывающей большое число клиентов в условиях обычной, повседневной практики, на сегодняшний день имеется мало (ср. врезку 6). Вот почему следует планировать экспериментальные проекты, предполагающие оценку

Врезка 6. Примеры, иллюстрирующие экономический эффект телепомощи

Шотландская программа развития телепомощи

В Шотландии "Программа развития телепомощи", действующая по всей стране, была принята в 2006 г. К марту 2008 г. пакеты телепомощи, финансируемые через эту программу, получали чуть более 7900 человек. Согласно оценкам, проведенных в 2007/2008 гг., сумма сэкономленных издержек составила более 11 млн. фунтов стерлингов. Этим издержек удалось избежать по целому ряду причин, включая ускорение выписки из больницы сразу после того, как выполнены все клинические мероприятия, а также сокращение числа неплановых госпитализаций и поступлений в пансионаты по уходу за больными, числа ночей пребывания в платном стационаре, контрольных посещений на дому и численности персонала для ночных дежурств (33).

Программа "Телездоровоохранение на дому в целях координации помощи" Ассоциации охраны здоровья ветеранов США

В программе "Телездоровоохранение на дому в целях координации помощи" (ТДКП), осуществляемой Ассоциацией охраны здоровья ветеранов (АЗВ), удалось реализовать потенциал экономии/предупреждения затрат, первоначально продемонстрированный в экспериментальных программах, в которых основной упор был сделан на самообслуживание пациентов и разделение ответственности за оказание помощи между пациентом и формальным попечителем. Система поддержки финансовых решений АЗВ собирает данные о рабочей нагрузке программы ТДКП и выдает данные о затратах, а также текущие отчеты о клинических исходах. Было зафиксировано снижение числа случаев госпитализации (20%) и средней занятости койко-места в стационаре (25%). Затраты на ТДКП составляют в среднем 1600 долларов США

Врезка 6. Примеры, иллюстрирующие экономический эффект телепомощи (продолжение)

на одного пациента в год. Достаточно было сравнить эту сумму с расходами в сумме 13000 долларов в год на услуги первичной помощи на дому, оказываемые АЗВ, и 77000 долларов в год на уход в частном пансионе. Информация о степени удовлетворенности пациентов помощью, оказываемой в рамках ТДКП, собирается от них раз в три месяца. Обследования, проведенные в 2006 и 2007 гг., показали средний уровень удовлетворенности 86% (34).

эффективности, и всерьез подумать об интегрировании прикладных систем телездоровоохранения в систему помощи (35). Как мы заметили, информации об экономических доводах в пользу инвестиций в такие прикладные системы имеется гораздо меньше. А к количественным оценкам затрат и потенциальных выгод, основанным на экстраполяции результатов проектов и испытаний, следует относиться с большой осторожностью. Поэтому одна из ключевых задач – добиваться дальнейшего укрепления доказательной базы с точки зрения данных как о выгодах, так и эффективности в обычных условиях оказания помощи.

В чем заключаются основные недостатки доказательной базы?

Как было отмечено, проводимые в настоящее время исследования значительно отличаются друг от друга по качеству организации, сложности вмешательств, охватываемому контингенту и распределению ответственности за инициирование организационно-административных изменений и интегрирование услуг. Многие из них ограничены по продолжительности, часто менее одного года, и обычно касаются опыта очень небольшого числа людей. Присущие многим вмешательствам атмосфера новаторства и участие пациентов, имеющих высокую степень мотивации, означают, что не было сделано никаких попыток "замаскировать", кто из участников пользуется такими вмешательствами, или объяснить другие факторы, затрудняющие интерпретацию наблюдений. В обзорах литературы выявлено лишь сравнительно небольшое число хорошо организованных рандомизированных исследований в контролируемых условиях.

Этот недостаток доказательной базы затрудняет ответ на вопрос о том, какие формы и методы реализации могут быть успешными в условиях обычной практики в разных контекстах и обстоятельствах, существующих в Европе. На результаты внедрения прикладных систем телездоровоохранения в основное русло практики предоставления помощи влияет множество факторов, поэтому можно ожидать существенных различий между

странами. Для того, чтобы лучше понять эти факторы, необходимо провести тщательную оценку эффективности технических решений на основе телездоровоохранения в условиях повседневной практики; это было бы сродни так называемым натурным оценкам эффективности лекарственных препаратов и технологий медико-санитарной помощи, которые проводятся сегодня в целом ряде стран (36). При проведении таких оценок нужно обращать внимание на влияние дополнительных инвестиций в услуги телездоровоохранения на системы медицинской и социальной помощи во всех подробностях, и нельзя полагаться только на схемы количественных исследований, таких как рандомизированные испытания в контролируемых условиях. Также должна собираться и анализироваться информация о качественных показателях, например, о влиянии опыта пациента/попечителя. Эти оценки также необходимо усиливать их нацеливанием на выявление таких фактических данных, "которые способны убедить разных заинтересованных лиц из самых разных профессиональных областей и разных семейных и организационных контекстов" (23).

Далее, при проведении экономического анализа важно также применять широкий подход с позиции всего государственного сектора. Во многих странах Европы преобладают отдельные схемы финансирования и бюджетных ассигнований на оказание медико-санитарной и социальной помощи. Может оказаться так, что за инвестирование средств в создание источников телездоровоохранения с целью обеспечения преемственности помощи между системами здравоохранения и социальной помощи отвечает один сектор, например, сектор здравоохранения, а основные выгоды и экономия издержек могут проявляться в секторе социальной помощи. Поэтому важно оценивать как суммарные издержки и выгоды решений на основе телездоровоохранения, так и их воздействие на различных держателей бюджета в краткосрочной, среднесрочной и долгосрочной перспективе (22).

Помимо этого, дальнейшему укреплению этой доказательной базы могут послужить исследования, в которых применяется метод, известный как динамическое моделирование воздействий. Если не подходить к анализу с точки зрения более долгосрочной перспективы, это может привести к тому, что останутся не принятыми во внимание важные системные факторы, способные действовать как препятствия на пути к полной реализации желательных воздействий. Показателен в этом отношении пример Англии, где преимущества и выгоды телездоровоохранения с точки зрения содействия снижению потребности в стационарной помощи труднее разглядеть в краткосрочном плане из-за того, что реформа в других аспектах системы идет с задержками (37).

Какие стратегические подходы могли бы помочь более широкому использованию телездоровоохранения в качестве одного из средств поддержки систем интегрированной помощи

Получение и использование фактических данных о выгодах и соотношении затрат и эффективности прикладных систем телездоровоохранения

Несмотря на то, что и в Европе, и в других регионах появляются отдельные примеры применения телездоровоохранения в порядке обычной практики, включение телездоровоохранения в стандартный набор услуг интегрированной помощи в качестве одного из ее составных элементов по-прежнему вызывает трудности. Несмотря на имеющиеся свидетельства потенциальных выгод, за счет одних только рыночных сил едва ли удастся обеспечить полную реализацию этих выгод в социально-экономическом плане. В данном обзоре мы представляем некоторые возможные варианты стратегических подходов, которые могли бы помочь более широкому использованию телездоровоохранения.

Синтез фактических данных, полученных в результате широкомасштабных экспериментальных проектов и реализации в составе основного набора услуг

Для того, чтобы аргументировано обосновывать необходимость инвестиций в прикладные системы телездоровоохранения, нужно более грамотно использовать существующие фактические данные о том, что именно дает эффект, в каком контексте и во что это обходится (19). В анализе контекста должна документально отражаться информация об инфраструктуре, правовых/этических аспектах и возможностях для предпринимательства. Большое значение также имеют качественные, т.е. выраженные в виде словесных оценок, данные о степени удовлетворенности как пользователей услугами, так и профессиональных работников медико-санитарной и социальной помощи. Особенно ценным способом собирания таких данных о целесообразности использования конкретных прикладных систем может быть проведение систематических обзоров различными методами, в которых ставится задача систематизированным образом выявлять и оценивать эффективность использования телездоровоохранения с медицинской, организационной и экономической точек зрения (равно как и другие фактические данные). Подбор и, где это возможно по мере роста базы фактических данных, статистическое объединение информации из нескольких источников снижает вероятность того, что одно нерепрезентативное исследование приведет к систематической погрешности любого анализа воздействия. Информация из имеющихся обзоров, выполненных с высоким качеством, служит лицам, формирующим политику, оперативным источником фактических

данных (или позволяет установить пробелы в данных) относительно любого конкретного применения телездоровоохранения, например, для обеспечения дистанционной поддержки людей, страдающих психическими расстройствами.

Для того, чтобы такие сводные данные служили более надежной основой для решений, принимаемых соответствующими заинтересованными сторонами, их можно затем подвергнуть критической оценке сравнением с целым спектром требований, связанных с развертыванием систем, таких, например, как управление изменениями, кадровые ресурсы, обеспечение согласованности на стыках между отдельными организационными структурами, требования в отношении финансирования, интегрирование технологий и этические нормы повседневной практики. Это позволило бы ликвидировать серьезный пробел в сегодняшней базе знаний. Анализ воздействий мог бы быть построен таким образом, чтобы учитывались различающиеся контексты медико-санитарной и социальной помощи и принималось во внимание то, как может понадобиться адаптировать прикладные системы с учетом этих различий.

Укреплять базу знаний об экономических аргументах в пользу инвестирования в телездоровоохранение

Мы отметили, что преобладание неопределенности и неоднозначности в отношении роли, дополнительной пользы и выгод, создаваемых телездоровоохранением, до настоящего времени ограничивает интерес со стороны ключевых заинтересованных сторон, особенно поставщиков услуг и финансирующих организаций. Существует острая необходимость иметь более убедительные фактические данные, чем те, что имеются на сегодняшний день, чтобы на их основе могли принимать решения и действовать ключевые заинтересованные стороны. Помочь в усилении аргументации может экономическая оценка.

Оценку социально-экономического воздействия, широко применяемую в секторах здравоохранения и социальной помощи и в госсекторе в целом, можно считать "сравнительным анализом альтернативных образов действия с точки зрения как связанных с ними издержек, так и их последствий" (38). В нем признается, что нехватка ресурсов является эндемическим свойством всех обществ, и подразумевается, что вложение ресурсов в один конкретный проект неизбежно означает утраченную возможность использовать эти ресурсы для другой цели. Даже в отсутствие данных о долгосрочной экономической эффективности при выполнении экономической оценки можно использовать методы моделирования для того, чтобы оценить долгосрочные издержки и результаты или выгоды и/или определить тот уровень эффективности, которого должна достичь

стратегия, чтобы считаться оправданной с точки зрения соотношения затрат и результатов.

Если какое-либо новое вмешательство и дешевле, и более действенно по сравнению с нынешним положением вещей, тогда решение обычно не вызывает сомнений – средства в новое вмешательство нужно вкладывать. Если вмешательство оказывается и более действенным, и более дорогостоящим, тогда лицам, формирующим политику, нужна оценка социально-экономических затрат и выгод, или же они должны выработать ценностное суждение о его целесообразности. На это суждение влияют имеющиеся ресурсы и инфраструктура: технические решения на основе телездоровоохранения, которые могут считаться экономически оправданными или приносят чистые суммарные выгоды в одной стране или в контексте одной (региональной) системы здравоохранения, могут не считаться таковыми в другой стране, где имеются другая инфраструктура и другие ресурсы.

Однако утверждения о том, что имеет смысл вкладывать деньги в телездоровоохранение для немедленного извлечения денежной выгоды, часто вводят людей в заблуждение. Обстоятельства и возможности, при которых такая выгода становится достижимой, в огромной степени зависят от конкретных условий. В тех случаях, когда выгоды возможны, они, скорее всего, материализуются на уровне общей системы здравоохранения и социальной помощи, и поэтому может потребоваться внимательно следить за тем, чтобы соблюдался баланс выгод и издержек для всех действующих лиц. Разумнее подходить к инвестициям в телездоровоохранение как к одному из главных средств повышения качества помощи, облегчения доступа к услугам и более рациональной организации системы здравоохранения и социальной помощи в целом. В определенных обстоятельствах могут также проявляться воздействия и на другие системы государственного сектора: так, благодаря телездоровоохранению могут снизиться затраты времени у попечителей-родственников, что позволит им заниматься другими видами деятельности, в том числе наниматься на работу.

Таким образом, любое решение о вложении средств в телездоровоохранение обязательно предполагает учет связанных с предоставлением услуг затрат на кадровые ресурсы и инфраструктуру, а также потенциальных медико-санитарных и социально-экономических последствий для секторов здравоохранения, социальной помощи и других, смотря по ситуации. Например, помогает ли потенциальное повышение качества жизни, справедливости в отношении доступа или оперативности в оказании услуг в результате уменьшения или отсрочки потребности в потреблении будущих ресурсов медицинской/социальной помощи и в результате

снижения внешних издержек для экономик, например, расхода времени, отнимаемого от выполнения обычных функций, оправдать инвестиции в новые прикладные системы телездоровоохранения? Какие еще могут быть реализованы выгоды, не связанные со здоровьем (например, меньше изоляции для тех, кто включен в сети услуг, оказываемых посредством информационно-коммуникационной технологии)? Не все результаты и воздействия могут быть положительными: необходимо также самым тщательным образом определять, не будет ли каких-либо неблагоприятных последствий в результате вложения средств в телездоровоохранение.

Анализ систем руководства на высшем уровне и институциональных структур, призванных облегчать внедрение рациональных решений на основе телездоровоохранения

На успех реализации решений на основе телездоровоохранения будут также влиять системы руководства на высшем уровне и институциональные структуры. Под руководством на высшем уровне подразумеваются правила, процессы и поведение, которые влияют на способ осуществления властных полномочий (39). Логика и потенциальные выгоды прикладных систем телездоровоохранения основаны на комплексных подходах к выявлению и удовлетворению четко определенных потребностей; хорошее профессиональное управление на высшем уровне – ключевой фактор успеха.

Мы отметили, что барьеры бюджетного и организационного характера, существующие между службами здравоохранения, социальной помощи, да и остальными службами, например, жилищно-коммунальными, могут затруднять устойчивое осуществление мер телездоровоохранения как составной части основного пакета услуг (40,41). Кроме того, если взять, в частности, систему здравоохранения, важным ограничивающим фактором в реализации выгод от телездоровоохранения является отсутствие структур и процессов, необходимых для обеспечения преемственности и интегрирования помощи, оказываемой разными заинтересованными субъектами, действующими на разных уровнях (42). Руководство общественным здравоохранением, первичной, вторичной и долгосрочной помощью может осуществляться по разным административным схемам. В таких условиях в рамках повседневной практики трудно реализовать принцип многопрофильности в ведении пациентов в интересах полноценного планирования их потребностей, а также обеспечить комплексность и координацию услуг (при поддержке технических решений на основе информационно-коммуникационной технологии). Поэтому в любой стратегической программе действий в этой области одним из первых пунктов должно быть создание адекватной системы руководства на высшем уровне и улучшение взаимодействия и сотрудничества.

Одним из важных шагов, направленных на содействие укоренению обновленных систем руководства и институциональных схем, с тем, чтобы облегчить внедрение рациональных решений на основе телездравоохранения в разных национальных и региональных контекстах, могло бы стать детальное изучение и более полное осмысление того, в какой степени различия в системах компенсации и материального стимулирования, раздробленность систем здравоохранения и социальной помощи и разный порядок регулирования их деятельности могут выступать препятствием на пути более широкого включения соответствующих технических решений в основной пакет оказываемой помощи.

Критически оценивать структуры материального стимулирования

В дискуссиях о качестве помощи часто подчеркивается значение профессиональных норм и традиций, мотивации, достаточных уровней кадрового обеспечения и обучения кадров. Все эти факторы, конечно, важны, однако их способность изменять поведение людей ограничена (43). Как бы ни были заинтересованные стороны мотивированы к тому, чтобы применять прикладные системы телездравоохранения, например, в качестве вспомогательных средств ведения хронических болезней, мало кто из них будет действовать вопреки своим экономическим интересам (44). Серьезным препятствием могут оказаться системы оплаты и компенсации (23,24).

Поэтому при разработке стратегий необходимо критически оценивать, каким образом финансовые потоки в системах здравоохранения и социального обеспечения могут создавать стимулы или, напротив, препятствия для предоставления услуг телездравоохранения, принимая во внимание, что "коммерческие аргументы" в пользу телездравоохранения могут быть совершенно разными для разных субъектов в одной и той же системе медико-санитарной помощи. Несмотря на имеющиеся сегодня недостатки в систематизированных фактических данных, можно провести полезные параллели для разработки стратегий, касающихся телездравоохранения, из анализов, выполненных в отношении помощи хроническим больным в целом, поскольку именно такая помощь и является одной из главных сфер применения систем телездравоохранения.

Главными аспектами, учитываемыми при компенсации, являются вносимый вклад и процесс, в противоположность походам, в основу которых положены конечный результат и качество. Таблица 1 позволяет получить предварительное представление о различных аспектах трех наиболее распространенных подходах к оплате при амбулаторной помощи. Подробные фактические данные об их воздействии на внедрение телездравоохранения в интегрированную помощь практически отсутствуют, но с точки зрения стратегии им нужно уделять самое пристальное внимание.

Таблица 1. Стимулирующие и препятствующие факторы в отношении вознаграждения поставщиков помощи при хронической болезни

Метод оплаты	Основные характеристики	Факторы, потенциально повышающие и снижающие заинтересованность в оказании помощи хроническим больным
Подушевой принцип	Медработник получает фиксированную сумму денег для оказания помощи пациенту в целом или по поводу определенного заболевания в течение некоторого периода времени, независимо от фактически оказанных услуг.	Обязательное наличие соглашений о краткосрочных и долгосрочных показателях качества работы и процедурах контроля качества.
		В зависимости от типа заболевания существует риск того, что поставщики будут оказывать как можно меньше услуг, поскольку расходы ложатся на них.
		Если фиксированная сумма слишком мала, услуги могут использоваться недостаточно.
		Схема должна позволять вносить поправки на риск, иначе поставщики услуг не будут заинтересованы в лечении больных, страдающих тяжелыми хроническими заболеваниями, из-за связанного с этим риска больших издержек.
Оплата за предоставляемые услуги	Медработнику платят за каждую предоставленную им услугу	Предполагается, что в тех случаях, когда маржа будет высокая, будет предоставляться больше услуг, чтобы повысить доходы. Это может привести к чрезмерному пользованию услугами.
		В отношении помощи хроническим больным такое чрезмерное предоставление услуг может привести к негативному эффекту.
		При условии разумной платы нет стимулов для недостаточного использования.
		Низкое качество может приводить к необходимости в увеличении объема услуг, а это, в свою очередь, будет вызывать повышение расходов.

Таблица 1. Стимулирующие и препятствующие факторы в отношении вознаграждения поставщиков помощи при хронической болезни (продолжение)

Метод оплаты	Основные характеристики	Факторы, потенциально повышающие и снижающие заинтересованность в оказании помощи хроническим больным
Заработная плата	Медработник получает фиксированную сумму компенсации, но может получать и надбавку за качество работы.	Есть стимул к оптимизации услуг.
		Нет особых стимулов для недостаточного или чрезмерного использования услуг.
		Если не внедрены оценки работы медработников по эталонным критериям и процедуры контроля качества, нет особого стимула к предоставлению качественной помощи больным, страдающим хроническими болезнями.

Источник: авторская подборка, частично адаптированная из работы Busse et al. (44).

Следует ожидать, что в четко структурированных и отлаженных системах, основанных на подушевом принципе оплаты или на фиксированной зарплате, уже заложены материальные стимулы, побуждающие оптимизировать оказание услуг: это подразумевает, что прикладные системы телездоровоохранения будут применяться только в тех случаях, когда они помогают достичь этой цели. С другой стороны, принципы, основанные на плате за предоставленные услуги, могут приводить к повышению расходов в тех случаях, когда прикладные системы телездоровоохранения требуют отдельной, дополнительной оплаты с последующим возмещением, которая не компенсируется путем снижения платы за другие услуги. Тем не менее, на начальном этапе распространения политически оправданным шагом может оказаться предоставление "дополнительных" денежных стимулов, чтобы ускорить внедрение инноваций и быстро достичь критической массы внедрений.

Что касается учреждений вторичной медико-санитарной помощи (т.е. больницы), здесь главный вопрос – это издержки стационарного лечения. В Европе в больничном секторе часто применяют сочетание проспективного и ретроспективного принципа возмещения расходов, поэтому можно ожидать, что стимулы и препятствующие факторы в отношении применения телездоровоохранения будут самые разные. В одних системах с самого начала может не поощряться прием больных с хроническими состояниями, тогда как в других может быть создана

заинтересованность в досрочной выписке больных (с принятием или без принятия сколько-нибудь серьезных обязательств осуществлять последующее наблюдение). В последнем случае решающее значение для перспектив создания благоприятных условий для внедрения телездоровоохранения в основной набор услуг будет иметь степень обязательств осуществлять последующее наблюдение (и связанные с этим материальные стимулы) и, в более общем плане, степень материальной заинтересованности в обеспечении преемственности между стационаром, первичным звеном медико-санитарной помощи и службой социальной помощи.

Однако как все это получается на практике в разнообразных системах в Европе, судить трудно, поскольку полного документального подтверждения пока нет ни в отношении преемственности помощи в целом, ни в отношении телездоровоохранения в частности. Если это не режим оплаты за предоставленные услуги, один из ключевых аспектов будет заключаться в том, сколько нужно платить сети интегрированной помощи за ту или иную степень тяжести хронического заболевания, как поделить эту сумму между поставщиками услуг в стационаре, в амбулаторном учреждении и на дому и каким образом добиться справедливого разделения ответственности за гарантии качества и надлежащее выполнение работы. Как показывают наши примеры, приведенные во врезках, телездоровоохранение может играть ключевую роль в создании новых возможностей. Можно утверждать, что полная интеграция, дающая возможность сполна извлечь все выгоды улучшения преемственности помощи для всех действующих лиц, будет невозможна без сильной поддержки информационно-коммуникационной технологии.

Детальное изучение и анализ режимов законодательного и нормативного регулирования

Еще одну группу препятствий для использования телездоровоохранения могут представлять медико-правовые режимы и режимы нормативного регулирования, поэтому важно детально изучить их, чтобы выявить возможности реформирования нормативно-законодательной системы с целью облегчения оптимального внедрения решений на основе телездоровоохранения. Нормативное регулирование обычно недостаточно развито ввиду специфических характеристик таких услуг (24). В некоторых странах высказывались опасения по поводу неприкосновенности личной жизни/надзора в связи с использованием пассивных датчиков и постоянного мониторинга при телездоровоохранении. Иногда для регулирования использования таких приборов принимается специальное законодательство (24). Можно ожидать, что такие вопросы будут все чаще выходить на первый план, когда в политике и практике станет более

заметным телездоровоохранение следующего поколения, предполагающее более изоциренный мониторинг образа жизни.

Значительные различия существуют между странами Европы и в отношении телефонных и электронных консультаций, и некоторые из них также могут относиться и к телездоровоохранению. Однако в целом телездоровоохранению в Европе пока не было уделено достаточного внимания в системе медико-правового регулирования. Потенциально серьезными помехами для внедрения технологий и услуг телездоровоохранения в основное русло интегрированной помощи являются также опасения по поводу юридической ответственности и риска. Присутствует тут и трансграничный аспект, важность которого может возрасти, но вопрос о том, как это обстоятельство повлияет на нормативное регулирование, пока еще не получил должного внимания. Однако изучение таких вопросов в контексте проекта Европейского Союза eрSOS ("Интеллектуальные открытые услуги для европейских пациентов") создаст прочную исходную базу для движения вперед. Общей целью этого проекта является создание практической системы электронного здравоохранения и информационно-коммуникационной инфраструктуры, которые позволят обеспечить защищенный доступ к информации о здоровье пациента, в частности, к эпикризам больных и электронным назначениям лечения, для двенадцати различных систем медико-санитарной помощи в Европе (см. <http://www.epsos.eu>).

Создание механизмов, обеспечивающих более тесное сотрудничество между секторами

Большинство услуг, входящих в основное русло медико-санитарной и социальной помощи, по-прежнему предоставляются в рамках либо социальной, либо медико-санитарной помощи. Одним из вариантов политики, призванных поддержать использование телездоровоохранения как инструмента оказания интегрированной помощи, является создание механизмов образования партнерств между секторами с общим бюджетом, которые использовались бы для дальнейшего развития служб. Подобные общие бюджеты служб медико-санитарной и социальной помощи с успехом используются в таких странах, как Швеция и Англия, для обеспечения преемственности помощи, оказываемой лицам с хроническими заболеваниями, например, с психическими расстройствами и расстройствами костно-мышечной системы (45).

В отношении телездоровоохранения было проведено несколько исследовательских и демонстрационных проектов и проектов технического развития, а также экспериментальных проектов для подтверждения эффекта и рыночных испытаний, в которых был принят

такой интегрированный, целостный подход, но они все еще остаются исключением. Впрочем, есть признаки того, что традиционные разграничительные линии между медико-санитарной и социальной помощью – эти исторические барьеры на пути к превращению интегрированной помощи в один из основных видов услуг – теперь могут быть преодолены с помощью решений на основе телездоровоохранения (можно, например, сравнить врезки 5 и 6).

Примером крупномасштабных и весьма зримых усилий по реализации комбинированного подхода служит предпринятая в Англии инициатива "Демонстрация целостной системы". На сегодняшний день это самое крупное рандомизированное испытание в контролируемых условиях в Соединенном Королевстве, в котором задействовано свыше 6000 участников в трех резко различающихся между собой районах. В процессе испытания выделяются финансовые средства для объединения услуг телемониторинга и телепомощи на дому с целью содействия преемственности помощи в рамках более интегрированной системы. Оценка достигаемых эффектов включает также и экономическую оценку. И все же у этой инициативы сохраняется один постоянный недостаток: для клинического телездоровоохранения и телездоровоохранения на базе социальной помощи используются отдельные – а не единая интегрированная – технические системы (46).

Выявление альтернативных путей осуществления перемен

Еще один ключевой вопрос – это процесс внедрения. Какие имеются механизмы, с помощью которых можно облегчить фактическое внедрение телездоровоохранения в качестве одной из составных частей интегрированной помощи? Каким образом можно преодолеть профессиональную культуру и сопротивление переменам и нововведениям? Как добиться, чтобы различные области, в которых можно внедрять системы телездоровоохранения, стали приоритетными? Мы выделяем здесь пять возможных областей для принятия мер:

- Нужны механизмы для поощрения возможностей диалога и обмена информацией: такие механизмы могут помочь привить чувство хозяина в деле проведения стратегических реформ и ослабить сопротивление переменам.
- В основе нововведений, касающихся процесса, должны лежать четко сформулированные приоритеты политики здравоохранения, и все нововведения должны отвечать этим приоритетам и определять характер вспомогательных технических решений на базе телездоровоохранения: нельзя рассчитывать, что подход по принципу "технология решает все" даст ожидаемые выгоды.

- В профессионально организованное управление переменами должны быть в полной мере вовлечены все заинтересованные действующие лица, руководить им и содействовать ему должны руководители служб медико-санитарной и социальной помощи; должны предусматриваться меры по комплексному и непрерывному обучению.
- Обязательным требованием является неослабное внимание к этическим вопросам.
- Существует настоятельная необходимость в улучшении удобства использования и функциональной совместимости технологии.

Создание механизмов повышения уровня осведомленности, ведения диалога и обмена информацией между заинтересованными сторонами

Основными преградами, которые необходимо преодолевать, являются профессиональная культура и сопротивление новому, а также отсутствие организационного потенциала и желания менять установившиеся порядки. Один из подходов, с помощью которых можно ослабить сопротивление новому и сломать преграды между разными группами заинтересованных партнеров, заключается в создании механизмов, позволяющих вести подлинный и постоянно возобновляющийся диалог о возможных нововведениях и реформе. Когда заинтересованные партнеры участвуют в дискуссии о реформе, повышается вероятность того, что они будут воспринимать результаты этого процесса как нечто свое, собственное, а это в свою очередь может способствовать принятию и положительному восприятию новых структур, в том числе и технических решений на основе телездравоохранения (47).

Важную роль в этом процессе могут играть лица, вырабатывающие политику, если они будут поддерживать мероприятия по повышению уровня осведомленности среди специалистов и создавать благоприятные условия для обмена передовым опытом успешных подходов к организационным нововведениям и управлению переменами. Сюда же может входить разработка стратегий и методов, направленных на обеспечение заинтересованных организаций практическими рекомендациями, например, о том, как планировать на местном уровне подготовку и распространение коммерческих аргументов.

При инвестировании в технические решения на основе телездравоохранения как средства поддержки интегрированной помощи важно также помнить, что какой-то единой, пригодной для всех модели достижения успеха нет. Инвестиционные решения должны включать в себя стратегии, которые вписываются в данные региональные или местные условия, и быть рассчитанными на успех за счет достижения четко определенных

и своевременно поставленных целей политики и коммерческих интересов. Установление контактов с соответствующими заинтересованными сторонами, информирование их и вовлечение в диалог для формирования совместных стратегий является важнейшей предпосылкой выработки веских доводов о реальной пользе, устраивающих всех.

Чрезвычайно важно подчеркнуть, что эта концепция вовлечения заинтересованных сторон означает нечто большее, чем просто консультации: она предполагает необходимость выслушивать тревоги и требования самых разных заинтересованных сторон и удовлетворять эти требования. Нужно принимать во внимание все заинтересованные стороны в каждом местном контексте, например, местные группы и бригады специалистов медико-санитарной и социальной помощи, профессиональные организации клиницистов, группы пациентов и их представительные органы, организации-поставщики медико-санитарной и социальной помощи и поставщики информационно-коммуникационной технологии.

Проводить курс на инновации с акцентом на процессы

Еще один путь к созданию условий, облегчающих внедрение, состоит в применении подхода, при котором во главу угла ставятся процессы. Для того, чтобы деятельность по разработке политики и ее превращению в стратегию увенчалась успехом, с самого начала нужно уделить главное внимание улучшению, модернизации и интегрированию процессов предоставления услуг. Многие из ныне существующих процессов не согласуются друг с другом, запутаны и недостаточно координируются для того, чтобы предоставление услуг успешно продолжалось и после того, как будет внедрено какое-либо решение на основе телездоровоохранения в попытке поддержать тот или иной процесс. Необходимо внимательно изучить процессы предоставления услуг. В частности, когда они выходят за организационные и административные рамки одной структуры и переходят в другую, потребуется установить новый и строго определенный порядок взаимодействия на стыке между различными структурами. Такие инновации в технологии здравоохранения, как методы телездоровоохранения, должны следовать за инновациями в процессах, поддерживать их и создавать для них новые возможности, но не восприниматься как движущая сила.

Уроки успешного внедрения решений на основе телездоровоохранения в стандартную практику оказания услуг медицинской и социальной помощи по месту жительства свидетельствуют о том, что простая техническая реализация прикладных систем может быть одним из наименее сложных этапов внедрения. А вот узким местом, препятствующим прогрессу, часто оказывается отсутствие "помощи, поставленной на конвейер",

т.е. отсутствие согласованных услуг, предоставление которых облегчается благодаря соответствующим технологиям (48,49). По сути дела, главная инновация лежит в адаптации или полной перестройке организационных потоков, объединяющих множество специалистов, которые работают в разных организациях, но объединяются вместе, чтобы образовать один интегрированный канал предоставления медико-санитарной и социальной помощи, обеспечивающий преемственность помощи. В качестве ключевых факторов успеха необходимо иметь стратегические концепции по прорыву существующих сегодня разрозненных "железобетонных блоков" и понимать, что технологиям принадлежит важная роль, но не рассматривать их как некую движущую силу (50). Аналогичным образом, один телемониторинг мало что дает в смысле улучшения качества помощи конкретным категориям пациентов, пока участвующие в оказании помощи специалисты не будут надлежащим образом обучены и не будут получать необходимой помощи, например, средствами поддержки принятия решений, чтобы можно было с максимальной эффективностью использовать информацию, предоставляемую телездравоохранением (51).

Придерживаться многоаспектного подхода к управлению изменениями

Изменение структуры и культуры организации, организационно-технологических процессов и поведения относится к числу наиболее трудных задач при внесении любых усовершенствований в предоставление услуг медико-санитарной и социальной помощи. Но без этого невозможно реализовать ни решений на основе телездравоохранения, ни более широких информационных систем интегрированной медицинской и социальной помощи – реализовать так, чтобы максимально извлечь все потенциальные социально-экономические выгоды. Повысить эффективность внедрения решений на основе телездравоохранения можно с помощью мер, способствующих активному управлению изменениями на всех уровнях системы и создающих для него надлежащие условия.

Мы отметили, что главными препятствиями являются сопротивление переменам со стороны специалистов и отсутствие готовности менять установившиеся порядки со стороны организаций. Системный характер поддержки интегрированной помощи посредством информационно-коммуникационной технологии – что представляет собой инновацию как в технологии, так и в процессах – предъявляет серьезные требования к способности организаций и специалистов адаптироваться к новым условиям. Например, клиницистам нужно приобретать знания и навыки, необходимые для того, чтобы пользоваться новыми информационными системами, в то же самое время, когда они выполняют свою клиническую

нагрузку и сталкиваются с растущими запросами со стороны потребителей их услуг (51). Управление изменениями дает наибольший эффект, когда в него полностью вовлечены все действующие лица, причастные к переменам, независимо от того, где они работают – в клинической области, в области социальной помощи, в администрации или в сфере политики. Перемены требуют поддержки со стороны руководства на самом высоком уровне, а проводить в жизнь и пропагандировать их должны специалисты по оказанию медико-санитарной и социальной помощи. У всех должна быть высокая степень мотивации, всем должны быть даны надлежащие права и возможности, а для этого нужно открытое и постоянное общение и информирование о процессе изменений, нужны возможности для взаимодействия и особенно достаточные финансовые ресурсы для осуществления мер по комплексному и непрерывному обучению.

Осуществление перемен не может обходиться без затрат. Оно требует достаточных финансовых ресурсов в течение длительного времени. Средства, которые необходимо вкладывать в технологию, кадры и материально-техническое обеспечение для осуществления изменений и придания им устойчивого характера, могут перевешивать ограниченную экономию денег, которая может быть получена за счет сокращения числа больных, поступающих в стационар на длительный срок, или за счет оптимизации трудовых процессов, особенно в краткосрочной перспективе. Значительные дополнительные инвестиции могут потребоваться сразу, еще до того, как сможет "окупиться" нововведение в процессе оказании услуг на основе информационно-коммуникационной технологии (40).

Одной из таких инициатив, направленных на то, чтобы помочь дать старт включению телепомощи в число основных услуг в Англии, явилось учреждение системы грантов для технологии профилактики. Эти гранты помогают местным органам власти предоставлять телепомощь "второго поколения" клиентам службы социальной помощи, используя для этого уже имеющуюся и неплохо зарекомендовавшую себя инфраструктуру объявления социальной тревоги. Заявленной целью системы грантов является "вливание столь необходимых ресурсов для того, чтобы помочь местным органам здравоохранения сделать дальнейшее применение технологии обычной практикой в сфере социальной помощи и услуг поддержки" (52). В Испании принят план "Avanza", представляющий собой комплексный подход, цель которого заключается в том, чтобы помочь дальнейшему развитию информационно-коммуникационной инфраструктуры для сектора здравоохранения и других секторов в масштабе всей страны (53,54).

Уделять самое серьезное внимание этике

Важно также постоянно помнить о вопросах этики, которые могут возникать вследствие использования телездоровоохранения. Без удовлетворительного решения вопросов этики у населения и специалистов будет меньше желания пользоваться этими технологиями. На "макроэтическом уровне" во всеобъемлющей политике должен быть урегулирован вопрос о том, как услуги, оказываемые на основе информационно-коммуникационной технологии, могут влиять на равенство в отношении доступа к помощи и ее качество (55). В открытых системах внедрение телездоровоохранения может привести к значительным изменениям организации рынка со стороны предложения – в секторе будут появляться новые игроки, а конкуренты будут адаптироваться к этой динамике меняющегося рынка. Например, на рынке могут появиться жилищно-строительные ассоциации, компании, специализирующиеся на определенных заболеваниях (ведении больных), или центры приема и обработки телефонных звонков, которые будут брать на себя новые роли в предоставлении помощи. Компании медицинского страхования тоже могут проявить интерес к организации центров обработки звонков и к информации, которая оттуда исходит. В стратегиях необходимо предвидеть потенциальные нарушения нормального хода работы, которые могут быть вызваны такими изменениями, и предусматривать готовность к принятию мер вмешательства для разрешения возникающих в результате этических дилемм.

Родственные этические вопросы касаются отбора пациентов (например, возможности появления практики деления людей на "сливки и отбросы"), неприкосновенности частной жизни с точки зрения доступа немедицинского персонала к медицинской документации, например, в центрах обработки звонков, или проблем качества и безопасности, особенно на переходных этапах, когда пациенты переходят из стационарного учреждения в домашние условия.

Еще одна группа вопросов возникает на "микроэтическом" уровне в связи с функциональными возможностями телездоровоохранения. Эти технологии дают возможность осуществлять мониторинг граждан и вести надзор за ними. Такой надзор может быть неявным (с помощью датчиков и радиожетонов) или явным (посредством телекамер и микрофонов). К числу основных этических вопросов, возникающих в этой связи, относятся вопросы прозрачности и согласия, полученного на основе полного информирования, вопросы соразмерности и преднамеренности, неприкосновенности частной жизни и достоинства, а также открытости информации и надзора за хранением и использованием данных.

Улучшать удобство использования и функциональную совместимость технологии

Хотя мы и отметили, что сама по себе технология обычно не является критическим фактором, ограничивающим более широкое внедрение телездоровоохранения и его включение в число основных услуг интегрированной помощи, потребность в дальнейшем совершенствовании технологии сохраняется постоянно. Это также должно охватывать усовершенствование пользовательских интерфейсов для пациентов и их попечителей, а также повышение легкости в использовании, т.е. пользователи должны быть в состоянии использовать эти новые технологии без необходимости обращаться за поддержкой к специалистам по информационным системам (56).

Успеху внедрения будет способствовать обеспечение функциональной совместимости информационно-коммуникационных систем и устройств во всем континууме помощи. Все выгоды и преимущества информационных систем поддержки интегрированной помощи вообще и телездоровоохранения в частности станут достижимыми только в том случае, если будет гарантирована техническая, а также семантическая функциональная совместимость всех совершенно разных информационно-коммуникационных решений, которые могут быть использованы для обеспечения непрерывности и преемственности помощи. (Под семантической совместимостью подразумевается решение вопросов, касающихся языка, используемого разными специалистами, а также информационно-коммуникационными системами). Такие функционально совместимые системы не только позволят всем субъектам, участвующим в оказании помощи тому или иному человеку, беспрепятственно общаться на понятном для всех языке, но и дадут возможность техническим компонентам системы обмениваться всеми однозначно структурированными и закодированными данными, которые генерируются процессом осуществления помощи и мониторинга, а также агрегировать и анализировать эти данные. Это в свою очередь позволит повысить качество предоставления помощи, улучшить поддержку управления, прозрачность и контроль, выработку знаний и поддержку принятия решений на месте оказания помощи – все в интересах пациентов и их родственников-попечителей.

Выше мы затронули многие вопросы, касающиеся функциональной совместимости (57), такие как ясная нормативно-законодательная система, этические вопросы, организационные изменения и соответствующие аспекты технологии. К числу других вопросов относятся необходимость технической стандартизации, политика в отношении конфиденциальности, сертификация устройств и систем, а также вопросы образования и обучения, финансирования и закупок. Все вместе эти элементы образуют сложную

структуру, в рамках которой должны совместно работать и информационно-коммуникационные системы, обеспечивающие техническую поддержку, и бригады специалистов по оказанию помощи, чтобы в соответствии со своими возможностями достигать максимального положительного эффекта.

Резюме и перспективы

Несмотря на то, что доказательная база все еще ограничена, хотя и продолжает расти, и еще предстоит преодолеть многочисленные трудности, прикладные системы телездоровоохранения обладают значительным потенциалом оказания реальной поддержки в удовлетворении растущих требований более качественной и более интегрированной помощи. Это особенно касается лиц, страдающих хроническими заболеваниями, такими как тяжелые болезни сердечно-сосудистой системы, диабет и деменция. Можно ожидать, что в будущем телездоровоохранение станет одновременно одним из основных элементов новой модели медико-санитарной помощи и важнейшим компонентом более интегрированных информационных систем медико-санитарной и социальной помощи.

Сегодня из-за того, что в отношении роли телездоровоохранения и создаваемых им дополнительных преимуществ и выгод существуют неопределенность и неоднозначные оценки, участие в нем ключевых заинтересованных партнеров ограничено. Для того, чтобы внедрить соответствующее потребностям и оправданное фактическими данными телездоровоохранение в системы медико-санитарной и социальной помощи в качестве одного из их основных элементов, одних рыночных сил будет недостаточно: для этого потребуются меры стратегического характера. Лицам, формирующим политику, которые пожелают осуществлять конкретные вмешательства в пределах своей юрисдикции, будет необходимо:

- создать базу убедительных фактических данных о выгодах и экономической целесообразности инвестиций в телездоровоохранение, интегрированное в повседневную практику предоставления помощи различным группам населения в различных условиях и в различных контекстах;
- добиться большей информированности людей о его потенциальных возможностях, создать благоприятные условия для диалога с заинтересованными сторонами и распространять передовой опыт;
- проявлять инициативу и активность в исследовании и развитии возникающих возможностей.

Если говорить более конкретно, то для того, чтобы та или иная прикладная система была успешно внедрена, лицам, формирующим политику, необходимо обеспечить капиталовложения в информационные системы телездоровоохранения и интегрированной помощи как в одно из структурных средств поддержки для систем медико-санитарной и социальной помощи. При осуществлении такого обновления процессов необходимо руководствоваться четко сформулированными приоритетами политики в области здравоохранения и социальной защиты населения и добиваться соответствия процессов этим приоритетам. Это должно сопровождаться профессионально организованным управлением изменениями: в него должны быть в полной мере вовлечены все заинтересованные субъекты, руководить им должны профессиональные руководители и в нем должны быть предусмотрены меры по комплексному и непрерывному обучению кадров

Также для того, чтобы политические меры вмешательства были эффективными, они должны надлежащим образом учитывать местные, региональные и национальные особенности; какой-то одной формулы успеха, которая могла бы претендовать на применимость для всей Европы, нет. Например, нужно признать, что принятие технических решений на основе телездоровоохранения даже в экспериментальном порядке находится на гораздо более низком уровне в восточной части Региона ВОЗ, где инфраструктура и наличные ресурсы более ограничены. Тем не менее, можно выделить ряд приоритетных направлений практической работы, которые являются неотъемлемыми элементами при разработке политики и стратегических мер независимо от того, о какой стране идет речь.

Библиография

1. Eurostat. *Population projections*. Luxembourg: Eurostat, 2009.
2. Oliveira Martins J, de la Maisonneuve C, Bjørnerud S. *OECD health and long-term care expenditures: what are the main drivers?* Paris: OECD, 2006.
3. Tomassini C et al. Living arrangements among older people: an overview of trends in Europe and the USA. *Population Trends*, 2004, Spring(115):24–34.
4. British Heart Foundation. European cardiovascular disease statistics 2008. (<http://www.heartstats.org/datapage.asp?id=7683>, accessed 2 March 2010).
5. Manton KG. Recent declines in chronic disability in the elderly US population: risk factors and future dynamics. *Annual Review of Public Health*, 2008, 29:91–113.
6. Reinhardt UE. Does the aging of the population really drive the demand for health care? *Health Affairs (Millwood)*, 2003, 22(6):27–39.
7. Zweifel P, Felder S, Werblow A. Population ageing and health care expenditure: new evidence on the “red herring”. *Geneva Papers on Risk and Insurance: Issues and Practice*, 2004, 29(4):652–666.
8. Brockmann H. Why is less money spent on health care for the elderly than for the rest of the population? Health care rationing in German hospitals. *Social Science & Medicine*, 2002, 55(4):593–608.
9. Collelo K. *End-of-life care: services, costs, ethics and quality of care*. Washington: Congressional Research Service, 2009.
10. Burney LE. Community organization – an effective tool. *American Journal of Public Health and the Nation's Health*, 1954, 44(1):1–6.
11. Всемирная организация здравоохранения. Преамбула Устава Всемирной организации здравоохранения, принятого Международной конференцией по здравоохранению. Женева, ВОЗ, 1948 г.
12. Protti D. Integrated care needs integrated information management and technology. *Healthcare Quarterly*, 2009, 13 Spec No:24–29.
13. Lloyd J, Wait S. *Integrated care: a guide for policy makers*. London: Alliance for Health and the Future, 2006.
14. Stroetmann KA et al. *eHealth is worth it – the economic benefits of implemented eHealth solutions at ten European sites*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2006.

15. Dobrev A et al. *Interoperable eHealth is worth it – securing benefits from electronic health records and ePrescribing*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2010.
16. Palmer M et al. European Commission perspective: telemedicine for the benefit of patients, health care systems and society. *Eurohealth*, 2009, 15(1):13–15.
17. Department of Health. *Our care, our say: a new direction for community services*. London: Department of Health, 2006.
18. Whitehouse D, Virtuoso S. *Telemedicine and innovative technologies for chronic disease management. Colloquium report*. Brussels: Commission of the European Communities, 2008.
19. Commission of the European Communities. *Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee for the Regions on “Telemedicine for the benefit of patients, healthcare systems and society”*. Brussels: Commission of the European Communities, 2008.
20. Codagnone C. *Reconstructing the whole: present and future of personal health systems*. Brussels: Commission of the European Communities, 2009.
21. Scalvini S. *Telecardiology in Italy: benefits from a telemedicine network connecting chronic patients, general practitioners and healthcare provider organisations*. London: Association of Chartered Certified Accountants, 2006.
22. Barlow J et al. A systematic review of the benefits of home telecare for frail elderly people and those with long-term conditions. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 2007, 13(4):172–179.
23. Barlow J, Hendy J. Adopting integrated mainstream telecare services: lessons from the UK. *Eurohealth*, 2009, 15(1):8–10.
24. Kubitschke L, Cullen K. *ICT & ageing – European study on users, market and technologies. Final report*. Brussels: Commission of the European Communities, 2010.
25. Litan RE. *Vital signs via broadband: remote health monitoring transmits savings, enhances lives*. Better Health Care Together coalition, 2008.
26. Heuzeroth V. Schwerwiegende Komplikationen zu Hause behandeln [My home is my hospital]. *Proceedings of the 2nd German Ambient Assisted Living Conference*. Berlin: Berlin-Offenbach, 2009.

27. Bensink M, Hailey D, Wootton R. A systematic review of successes and failures in home telehealth: preliminary results. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 2006, 12(Suppl 3):8–16.
28. Hersh WR et al. Diagnosis, access and outcomes: update of a systematic review of telemedicine services. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 2006, 12(Suppl 2):S3–S31.
29. Dang S, Dimmick S, Kelkar G. Evaluating the evidence base for the use of home telehealth remote monitoring in elderly with heart failure. *Telemedicine Journal and e-health*, 2009, 15(8):783–796.
30. Polisena J et al. Home telemonitoring for congestive heart failure: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 2010, 16(2):68–76.
31. Whitten PS et al. Systematic review of cost effectiveness studies of telemedicine interventions. *British Medical Journal*, 2002, 324(7351): 1434–1437.
32. Pare G, Jaana M, Sicotte C. Systematic review of home telemonitoring for chronic diseases: the evidence base. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 2007, 14(3):269–277.
33. Beale S, Sanderson D, Kruger J. *Evaluation of the Telecare Development Programme. Final report*. Edinburgh: Scottish Government, 2009.
34. Darkins A et al. Care coordination/home telehealth: the systematic implementation of health informatics, home telehealth, and disease management to support the care of veteran patients with chronic conditions. *Telemedicine Journal and e-Health*, 2008, 14(10):1118–1126.
35. Barlow J, Bayer S, Curry R. The design of pilot telecare projects and their integration into mainstream service delivery. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 2003, 9(Suppl 1):S1–S3.
36. McDaid D, Cookson R. Evaluating health care interventions in the European Union. *Health Policy*, 2003; 63(2):133–139.
37. Bayer S, Barlow J, Curry R. Assessing the impact of a care innovation: telecare. *System Dynamics Review*, 2007, 23(1):61–80.
38. Drummond MF et al. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford: Oxford University Press, 2005.
39. Commission of the European Communities. *European Governance: a White Paper*. Brussels: Commission of the European Communities, 2001.

40. MacAdam M. *Frameworks for integrated care for the elderly: a systematic review*: Ottawa: Canadian Policy Research Networks, 2008.
41. Tarricone R, Tsouros A (eds). *Home care in Europe*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2008.
42. Nolte E, McKee M (eds). *Caring for people with chronic conditions: a health system perspective*. Maidenhead: Open University Press, 2008.
43. Busse R, Mays N. *Paying for chronic disease care. Caring for people with chronic conditions: a health system perspective*. Maidenhead: Open University Press, 2008.
44. Busse R et al. *Managing chronic disease in Europe. The initiative for sustaining healthcare financing in Europe: second report*. Presented at the "Securing Europe's healthcare future: chronic disease management and health technology assessment" conference, Prague, 2009.
45. McDaid D et al. Moving beyond the mental health care system: an exploration of the interfaces between health and non-health sectors. *Journal of Mental Health*, 2007, 16(2):181–194.
46. Department of Health. *Whole systems demonstrators: an overview of telecare and telehealth*. London: Department of Health, 2009.
47. Maynard A, McDaid D. Evaluating health interventions: exploiting the potential. *Health Policy*, 2003, 63(2):215–226.
48. Kelly D. Touching people's lives with technology. Presented at the Silver Economy in Europe Conference, 16–17 February 2005, Bonn, 2005.
49. Kelly D. Bringing technology and healthcare together in the UK. Presented at the e-Inclusion Ministerial Conference, 30 November–2 December Vienna, 2008.
50. Commission of the European Communities. *e-Inclusion Ministerial Conference, Vienna, 30 November–2 December 2008. Conference report*. Brussels: Commission of the European Communities, 2008.
51. Cleland JG, Lewinter C, Goode KM. Telemonitoring for heart failure: the only feasible option for good universal care? *European Journal of Heart Failure*, 2009, 11(3):227–228.
52. Department of Health. *Building telecare in England*. London: Department of Health, 2005.
53. Ministry of Industry, Tourism and Trade. *Plan Avanza*. (<http://welcome.plane.gob.es/measures-for-the-telecommunications-sector-avanza2-plan>, accessed 2 March 2010).

54. Red.es, Health departments of all autonomous regions, INGESA (Ceuta and Melilla), Ministry of Health and Consumer Affairs. *ICT in the National Health System: the Healthcare Online Programme*. Madrid: Red.es, 2009.
55. Health Council of the Netherlands. *Advanced home care technology: moral questions associated with an ethical ideal*. The Hague: Health Council of the Netherlands, 2004.
56. Langley J, Beasley C. *Health Information technology for improving quality of care in primary care settings*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2007.
57. Commission of the European Communities. *Recommendation on cross-border interoperability of electronic health record systems*. Brussels: Commission of the European Communities, 2008.

Совместные краткие аналитические обзоры

1. Как могут европейские системы здравоохранения помочь в инвестировании в стратегии охраны и укрепления здоровья населения и в их реализации?
David McDaid, Michael Drummond, Marc Suhrcke
2. Как добиться большей практической значимости оценок технологий здравоохранения?
Corinna Sorenson, Michael Drummond, Finn Børlum Kristensen, Reinhard Busse
3. Какова позиция пациентов в отношении принятия решений об их собственном лечении?
Angela Coulter, Suzanne Parsons, Janet Askham
4. Как сбалансировать условия предоставления помощи пожилым людям?
Peter C. Coyte, Nick Goodwin, Audrey Laporte
5. Когда в системах здравоохранения нужны вертикальные (автономные) программы?
Rifat A. Atun, Sara Bennett, Antonio Duran
6. Как в программах по ведению хронических болезней можно задействовать широкий спектр условий оказания помощи и поставщиков услуг?
Debbie Singh
7. Как управлять процессом миграции работников здравоохранения, чтобы снизить любые отрицательные воздействия на обеспеченность ими?
James Buchan
8. Профессионально-квалификационная структура: как ее оптимизировать и зачем это нужно?
Ivy Lynn Bourgeault, Ellen Kuhlmann, Elena Neiterman, Sirpa Wrede
9. Обеспечивает ли система непрерывного обучения и переаттестации поддержание необходимого профессионального уровня врачей?
Sherry Merkur, Philipa Mladovsky, Elias Mossialos, Martin McKee
10. Каковы возможные ответные меры систем здравоохранения в связи со старением населения?
Bernd Rechel, Yvonne Doyle, Emily Grundy, Martin McKee
11. Каковы возможные пути создания в европейских странах эффективных, справедливых и устойчивых систем финансирования для обеспечения длительного ухода за пожилыми людьми?
José-Luis Fernández, Julien Forder, Birgit Trukeschitz, Martina Rokosová, David McDaid
12. Каким образом системы здравоохранения могут содействовать достижению гендерной справедливости?
Sarah Payne

Европейская обсерватория осуществляет собственную программу издания кратких аналитических обзоров (см. <http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/policy-briefs/joint-hen-obs-policy-briefs>).

СФДЗ публикует синтетические доклады и краткие изложения принципов (имеются на <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence-network-hen>).

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.
Адрес эл. почты: postmaster@euro.who.int
Сайт: www.euro.who.int

Данная публикация является частью серии аналитических обзоров, совместно подготовленных Сетью фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) и Европейской обсерваторией по системам и политике здравоохранения. В этой серии, предназначенной главным образом для руководителей высшего звена, нуждающихся в практических рекомендациях и руководствах, рассматриваются следующие вопросы: Является ли тот или иной вопрос актуальным и почему? Что известно о возможных последствиях принятия конкретных стратегий решения данного вопроса? Как эти стратегии могут быть трансформированы в реально осуществимые политические решения?

Эта серия основывается на сводных докладах СФДЗ и аналитических обзорах Обсерватории, а также на тщательном обзоре и оценке имеющихся научных данных и анализе их применимости к условиям Европейского региона ВОЗ. Цель аналитических обзоров заключается не в том, чтобы дать читателям идеальные модели или подходы, а в том, чтобы дать описание потенциальных стратегических решений, основанных на синтезе ключевых научных данных и анализе их применимости к политике в рассматриваемой области.

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ является авторитетным источником фактических данных для руководителей высшего звена из 53 государств-членов Европейского региона ВОЗ. СФДЗ предоставляет оперативные ответы на вопросы стратегического значения, относящиеся к общественному здравоохранению, медицинской помощи и системам здравоохранения. Эти ответы могут быть изложены в виде основанных на фактических данных докладов, аналитических обзоров, резюме или информационных записок. Кроме того, через свой сайт <http://www.euro.who.int/ru/what-we-do/data-and-evidence> СФДЗ позволяет пользователям иметь легкий доступ к фактическим данным и информации из ряда сайтов, баз данных и документов.

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения – это партнерство, которое поддерживает и продвигает процесс формирования политики на основе фактических данных с помощью всестороннего и тщательного анализа деятельности и структуры систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ. Обсерватория привлекает широкий круг руководителей высшего звена, ученых и практических работников к анализу тенденций в реформировании здравоохранения с учетом опыта, приобретенного в рамках всего Региона, ставя перед ними задачу выработки обоснованных рекомендаций по стратегическим вопросам. С публикациями Обсерватории можно ознакомиться на сайте <http://www.euro.who.int/observatory>