

Европейская

Обсерватория



по системам и политике
здравоохранения

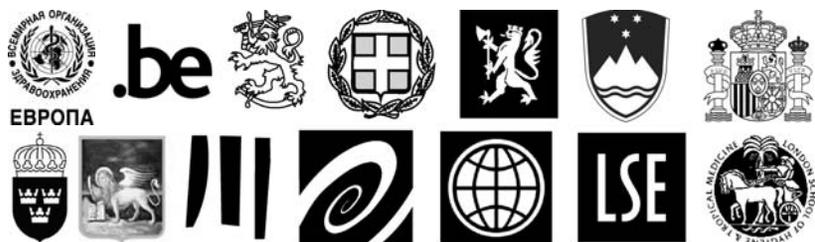
Оказание помощи при хронических состояниях

Взгляд с позиций системы здравоохранения

Ellen Nolte
Martin McKee

Оказание помощи при хронических состояниях

Взгляд с позиций системы
здравоохранения



Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения представляет собой партнерство между Европейским региональным бюро ВОЗ, правительствами Бельгии, Греции, Испании, Норвегии, Словении, Финляндии и Швеции, итальянской провинцией Венето, Европейским инвестиционным банком, Институтом «Открытое общество», Всемирным банком, Лондонской школой экономических и политических наук, Лондонской школой гигиены и тропической медицины.

Оказание помощи при хронических состояниях

**Взгляд с позиций системы
здравоохранения**

Редакторы:

Ellen Nolte и Martin McKee

Данное исследование было напечатано на русском языке в рамках проекта Европейского Союза по усилению системы здравоохранения на Северном Кавказе

Ключевые слова:

CHRONIC DISEASE
DELIVERY OF HEALTH CARE
EUROPE

© Всемирная организация здравоохранения 2011 г., от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения

Первоначально опубликовано на английском языке издательством Open University Press (OUP) под названием «Caring for people with chronic conditions» в 2008 г.
ISBN 978 0 335 23370 0

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

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

Publications
WHO Regional Office for Europe
Schersfigsvej 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>.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Европейской обсерватории по системам и политике 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 Европейская обсерватория по системам и политике 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.

Европейская обсерватория по системам и политике 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. Европейская обсерватория по системам и политике 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 Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.

ISBN 978 92 890 0223 3

Серия публикаций Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения*

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения — уникальный проект по совершенствованию систем здравоохранения, в рамках которого сотрудничают:

- Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения
- Правительство Бельгии
- Правительство Греции
- Правительство Испании
- Правительство Норвегии
- Правительство Словении
- Правительство Финляндии
- Правительство Швеции
- Провинция Венето
- Европейский инвестиционный банк
- Институт «Открытое общество»
- Всемирный банк
- Лондонская школа экономики и политических наук
- Лондонская школа гигиены и тропической медицины

О серии

Книги данной серии посвящены ключевым вопросам разработки политики здравоохранения в Европе. В каждой из них анализируются способы построения более справедливых, эффективных и рентабельных систем здравоохранения в Европе: общие предпосылки, результаты и извлеченные уроки. Цель серии — помочь в разработке научно обоснованного подхода к определению политики в сфере здравоохранения.

Книги будут полезны всем, кто участвует в разработке и оценке национальной политики здравоохранения, и в первую очередь — руководителям и экспертам, то есть тем, в чьи обязанности входит совершенствование структуры и финансирования систем здравоохранения. Преподавателям и студентам, занимающимся политикой здравоохранения, эти книги помогут лучше понять, насколько сложные задачи стоят перед системами здравоохранения в Европе и как трудно выбрать оптимальное решение этих задач.

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения поддерживает и поощряет научно обоснованный подход к разработке политики здравоохранения путем тщательного исчерпывающего анализа динамики развития систем здравоохранения в Европе.

Редакторы серии

Josep Figueras — глава секретариата и директор Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, глава Европейского центра политики здравоохранения, Европейское региональное бюро ВОЗ.

Martin McKee — научный руководитель Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, профессор Лондонской школы гигиены и тропической медицины (специалист по европейскому общественному здравоохранению), содиректор Европейского центра по системам здравоохранения стран переходного периода.

* Оригинальные издания данной серии выпускаются на английском языке издательством Open University Press (OUP).

Elias Mossialos – содиректор Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, преподаватель кафедры политики здравоохранения имени Брайана Абель-Смита факультета социальной политики Лондонской школы экономических и политических наук, содиректор исследовательского центра по здравоохранению и социальному обеспечению Лондонской школы экономических и политических наук.

Richard B. Saltman – научный руководитель Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, профессор Школы общественного здравоохранения имени Роллинса, Университет Эмори, Атланта, Джорджия (специалист по политике и управлению здравоохранением).

Публикации Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения на русском языке

Инвестиции в здоровье: ключевое условие успешного экономического развития Восточной Европы и Центральной Азии

Marc Suhrcke, Lorenzo Rocco, Martin McKee

Экономические последствия неинфекционных заболеваний и травм в Российской Федерации

Marc Suhrcke, Lorenzo Rocco, Martin McKee, Stefano Mazzucco, Dieter Urban, Alfred Steinherr

Системы здравоохранения и проблемы инфекционных заболеваний. Опыт Европы и Латинской Америки

Richard Coker, Rifat Atun, Martin McKee

Финансирование здравоохранения в Европейском союзе. Проблемы и стратегические решения

Sarah Thomson, Thomas Foubister, Elias Mossialos

Оценка медицинских технологий и формирование политики здравоохранения в странах Европы. Современное состояние, проблемы и перспективы

Marcial Velasco Garrido, Finn Børlum Kristensen, Camilla Palmhøj Nielsen, Reinhard Busse

Содержание

	Список рисунков	XI
	Список таблиц	XIII
	Список вставок	XV
	Список сокращений	XVI
	Список авторов	XVIII
	Предисловие I. Взгляд с позиций системы здравоохранения	XXI
	Предисловие II	XXIII
	Благодарности	XXV
Глава 1.	Оказание помощи при хронических состояниях: введение <i>Ellen Nolte u Martin McKee</i>	1
Глава 2.	Бремя хронических болезней в Европе <i>Joceline Pomerleau, Cécile Knai u Ellen Nolte</i>	16
Глава 3.	Экономические аспекты хронических заболеваний и их ведения <i>Marc Suhrcke, Daragh K. Fahey u Martin McKee</i>	45
Глава 4.	Интегрированная медицинская помощь и хронические заболевания: обзор <i>Ellen Nolte u Martin McKee</i>	69
Глава 5.	Профилактика хронических заболеваний — дело, которое касается каждого <i>Thomas E. Novotny</i>	100
Глава 6.	Поддержка самопомощи <i>Mieke Rijken, Martyn Jones, Monique Heijmans u Anna Dixon</i>	127

Х Содержание

Глава 7.	Медицинская помощь при хронических заболеваниях – проблема кадровых ресурсов	157
	<i>Carl-Ardy Dubois, Debbie Singh u Izzat Jiwani</i>	
Глава 8.	Поддержка принятия решений	189
	<i>Nicholas Glasgow, Isabelle Durand-Zaleski, Elisabeth Chan u Dhigna Rubiano</i>	
Глава 9.	Оплата медицинской помощи при хронических заболеваниях	217
	<i>Reinhard Busse u Nicholas Mays</i>	
Глава 10.	Воплотить в жизнь	249
	<i>Ellen Nolte u Martin McKee</i>	

Список рисунков

Рисунок 1.1	Виды деятельности в системе здравоохранения, которые рассматриваются в данной книге	8
Рисунок 2.1	Смертность от инсульта и связанное с ним бремя болезни в некоторых странах Европейского региона ВОЗ, 2002 г.	22
Рисунок 2.2	Расчетная и прогнозируемая распространенность сахарного диабета в 2003 и 2025 гг. в некоторых Европейских странах	24
Рисунок 2.3	Смертность от сахарного диабета и связанное с ним бремя болезни в некоторых странах Европейского региона ВОЗ, 2002 г.	25
Рисунок 2.4	Смертность от хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и связанное с ней бремя болезни в некоторых странах Европейского региона ВОЗ, 2002 г.	27
Рисунок 2.5	Распространенность клинически выраженной бронхиальной астмы в некоторых странах Европы	29
Рисунок 2.6	Смертность от бронхиальной астмы и связанное с ней бремя болезни в некоторых странах Европейского региона ВОЗ, 2002 г.	30
Рисунок 2.7	Бремя болезни, связанное с монополярной депрессией, в некоторых странах Европейского региона ВОЗ, 2002 г.	33
Рисунок 2.8	Распространенность множественных хронических заболеваний в Германии, 2002 г.	35
Рисунок 4.1	Уровни интеграции и нужды потребителей	79
Рисунок 4.2	Уровни медицинского обслуживания потребителей по группам	81
Рисунок 4.3	Модель оказания помощи при хронических заболеваниях	82

ХII Список рисунков

Рисунок 5.1	Схематическое представление бремени болезни	101
Рисунок 5.2	Стандартизированная по возрасту ежегодная смертность от всех сердечно-сосудистых заболеваний на 100 000 населения среди мужчин и женщин в возрасте 35–64 лет в Финляндии, 1969–1982 гг.	104
Рисунок 5.3	Кумулятивный риск смерти от рака легких у мужчин в Соединенном Королевстве, на основании данных о курении за 1990 г.	105
Рисунок 5.4	Избыточный вес и ожирение в Европейском регионе	107
Рисунок 5.5	Доля случаев сахарного диабета, связанных с увеличением веса, среди взрослых старше 30 лет, по регионам	108
Рисунок 8.1	Схематическое представление инструментов принятия клинических решений	194
Рисунок 8.2	Применение систем поддержки клинических решений (СПКР) для улучшения результатов деятельности в медицинских учреждениях	202
Рисунок 9.1	Финансовые потоки, связанные с оплатой медицинской помощи при хронических заболеваниях	218
Рисунок 10.1	Опыт больных хроническими заболеваниями семи стран	250

Список таблиц

Таблица 3.1	Примеры прямых, косвенных и нематериальных издержек	48
Таблица 3.2	Затраты на лечение сердечно-сосудистых заболеваний в странах ЕС, 2003 г.	49
Таблица 3.3	Некоторые исследования стоимости болезни, в которых затраты выражены как доля общенациональных расходов на здравоохранение	50
Таблица 3.4	Издержки и выгоды, связанные с ведением хронических заболеваний	57
Таблица 4.1	Краткий обзор данных по эффективности компонентов Модели оказания медицинской помощи при хронических заболеваниях	87
Таблица 5.1	Смертность и бремя болезни, связанные с общими факторами риска, 2001 г.	103
Таблица 5.2	Цели на уровне популяции в отношении компонентов пищи и показателей образа жизни, согласующиеся с задачей профилактики крупнейших проблем со здоровьем населения в Европе	110
Таблица 5.3	Затраты в пересчете на год жизни, скорректированный с учетом качества жизни, сэкономленные благодаря мерам по снижению или профилактике ожирения	111
Таблица 5.4	Основные элементы профилактики хронических заболеваний в клинических условиях	121
Таблица 6.1	Основные характеристики заботы о себе, самопомощи и поддержки самопомощи при хронических заболеваниях	129
Таблица 6.2	Обзор поведенческих теорий и соответствующих вмешательств в области поддержки самопомощи	133

XIV Список таблиц

Таблица 6.3	Уровень отсутствия физической активности среди больных, страдающих одним или несколькими хроническими заболеваниями, в зависимости от уровня инвалидизации и доходов, 2005 г.	146
Таблица 6.4	Осведомленность о применении лекарственных средств у 440 больных ХОБЛ в зависимости от уровня образования, 2006 г.	147
Таблица 8.1	Факторы, которые нужно учитывать при разработке систем поддержки принятия решений для различных действующих лиц в системе здравоохранения	192
Таблица 8.2	Типы вмешательств по поддержке клинических решений	195
Таблица 8.3	Данные об эффективности компьютеризированных систем поддержки клинических решений	198
Таблица 8.4	Данные по эффективности телемедицины и интерактивных методов взаимодействия в сфере здравоохранения	208
Таблица 9.1	Цели финансовых стимулов и других видов регулирования медицинской помощи при хронических заболеваниях	228
Таблица 9.2	Примеры финансовых стимулов при ведении хронических заболеваний в некоторых странах с высоким доходом	229
Таблица 9.3	Примеры показателей, целевых значений и количества баллов при ведении хронических заболеваний согласно контракту врача общей практики Государственной службы здравоохранения Соединенного Королевства	234

Список вставок

Вставка 2.1	Сердечная недостаточность	18
Вставка 2.2	Деменция	31
Вставка 4.1	«Альтернативные» концепции медицинской помощи	76
Вставка 4.2	Адаптация ССМ к условиям других стран	83
Вставка 4.3	Методы индивидуального ведения больных в Англии	90
Вставка 4.4	Амбулаторные клиники под руководством медицинских сестер в Швеции	92
Вставка 6.1	Примеры программ поддержки самопомощи	138
Вставка 7.1	Появление интегрированных организаций	161
Вставка 7.2	Перемены, призванные обеспечить ориентацию на больного	163
Вставка 7.3	Появление новых ролей в сфере ведения хронических заболеваний	165
Вставка 7.4	Организации первичной медицинской помощи в Канаде	172
Вставка 7.5	Новые роли медицинских сестер в Швеции	172
Вставка 7.6	Различные модели оплаты	181
Вставка 8.1	Электронная поддержка принятия решений в австралийском здравоохранении	201
Вставка 9.1	Определения основных терминов	219
Вставка 9.2	Система оценки качества и результатов деятельности в контракте врачей общей практики Государственной службы здравоохранения Соединенного Королевства	233
Вставка 10.1	«Межсекторная помощь» в Нидерландах	253
Вставка 10.2	Оценка австралийского Плана Посещений Астма 3+	266
Вставка 10.3	Аудит медицинских сетей во Франции	267

Список сокращений

ВВП	валовой внутренний продукт
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ИБС	ишемическая болезнь сердца
КСПКР	компьютеризированные системы поддержки клинических решений
ЛДЗ	льготы по длительным заболеваниям (Affections de longue durée)
МКБ	Международная классификация болезней
ОЭСР	Организация экономического развития и сотрудничества
СИП	система интегрированной помощи
СПИД	синдром приобретенного иммунодефицита
ХОБЛ	хроническая обструктивная болезнь легких
ХПН	хроническая почечная недостаточность
ХСН	хроническая сердечная недостаточность
ASMP	Программа самопомощи при артрите (Arthritis Self Management Program)
CCM	Модель оказания помощи при хронических заболеваниях (Chronic Care Model)
CDSMP	Программа поддержки самопомощи при хронических заболеваниях (Chronic Disease Self-Management Program)
CHES	Комплексная система поддержки укрепления здоровья (Comprehensive Health Enhancement Support System)
DALY	число лет жизни, скорректированных с учетом нетрудоспособности (disability-adjusted life years)
IEPCSP	Инициатива межпрофессионального обучения для совместной практики, ориентированной на больного (The Interprofessional Education for Collaborative Patient-Centred Practice Initiative)

ИНСА	интерактивный коммуникационный метод в сфере здравоохранения (Interactive Health Communication Application)
МОВГ	Руководящая группа по модернизации профессиональной подготовки в здравоохранении (De Stuurgroep Modernisering Opleidingen en Beroepsuitoefening in de Gezondheidszorg)
МRFIT	Исследование факторов риска атеросклероза (Multiple Risk Factor Intervention Trial)
NIHR	Государственный институт исследований в области здравоохранения (National Institute for Health Research)
NIVEL	Институт исследований в области здравоохранения Нидерландов (Netherlands Institute of Health Services Research)

Список авторов

Reinhard Busse – профессор кафедры управления здравоохранением Берлинского технического университета, а также соруководитель отдела по исследованиям и руководитель Берлинского центра Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.

Elisabeth Chan – ординатор специальности «общественное здравоохранение» в больницах Парижа (Франция).

Anna Dixon – директор по вопросам политики Королевского фонда, Лондон (Соединенное Королевство).

Carl-Ardy Dubois – доцент факультета патронажных услуг Университета Монреаля.

Isabelle Durand-Zaleski – профессор медицины Парижского университета, руководитель Департамента общественного здравоохранения в больнице им. Анри Мондора, Париж (Франция).

Daragh K. Fahey – консультант по вопросам общественного здравоохранения, медицинский директор Кройдонского фонда первичной медицинской помощи (Лондон) и центра Health Dialog UK (Кембридж).

Nicholas Glasgow – Исполнительный директор Австралийского института исследований в области первичной медицинской помощи и декан Колледжа медицины и медицинских наук Австралийского национального университета.

Monique Heijmans – старший научный сотрудник исследовательской программы «Медицинские потребности больных хроническими заболева-

ниями и инвалидов» в Институте исследований в области здравоохранения Нидерландов (NIVEL), Утрехт (Нидерланды).

Izzat Jiwani – научный сотрудник, младший сотрудник Кафедры управления и преобразований медицинских организаций, Университет Монреаля; является независимым аналитиком в области политики и систем здравоохранения, с основным упором на профилактику хронических заболеваний и системы управления.

Martyn Jones – преподаватель Школы сестринского дела и акушерства, Университет Данди; заместитель директора по социальным характеристикам, Университеты Данди и Сент-Эндрюс.

Cécile Knai – научный сотрудник Лондонской школы гигиены и тропической медицины.

Nicholas Mays – профессор Исследовательской группы в области медицинского обслуживания Департамента общественного здравоохранения и политики в области здравоохранения, Лондонская школа гигиены и тропической медицины (специалист по политике здравоохранения).

Martin McKee – научный руководитель Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, профессор Лондонской школы гигиены и тропической медицины (специалист по европейскому общественному здравоохранению), содиректор Европейского центра по системам здравоохранения стран переходного периода.

Ellen Nolte – старший лектор Лондонской школы гигиены и тропической медицины, почетный старший научный сотрудник Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.

Thomas E. Novotny – профессор эпидемиологии и биостатистики медицинского факультета Калифорнийского университета (Сан-Франциско); он является также заместителем директора по вопросам всеобщей борьбы с курением Центра по исследованиям и просвещению в области борьбы с курением Калифорнийского университета.

Joceline Pomerleau – лектор Лондонской школы гигиены и тропической медицины, координатор крупного проекта по профилактике ожирения в Европе, финансируемого ЕС (Шестая рамочная программа).

Mieke Rijken – руководитель исследовательской программы «Медицинские потребности больных хроническими заболеваниями и инвалидов» в Институте исследований в области здравоохранения Нидерландов (NIVEL), Утрехт (Нидерланды).

Dhigna Rubiano – научный сотрудник Австралийского института исследований в области первичной медицинской помощи при Австралийском национальном университете.

XX Список авторов

Debbie Singh — старший научный сотрудник Центра управления медицинским обслуживанием Бирмингемского университета, а также независимый научный консультант и обозреватель, сотрудничающий с медицинскими организациями и социальными службами Соединенного Королевства.

Marc Suhrcke — экономист Регионального офиса ВОЗ в Европе в Венеции, Италия, возглавляет направление по здоровью и экономике.

Предисловие I.

Взгляд с позиций системы здравоохранения

Заметный успех в снижении смертности от острых заболеваний во второй половине прошлого века привел к тому, что повышенное внимание привлекли к себе хронические заболевания. По мере снижения преждевременной смертности от острых заболеваний распространенность состояний, накапливающихся со временем, растет, особенно в мире, где все ухудшающаяся окружающая среда повышает уязвимость перед заболеваниями в долгосрочной перспективе. Хронические заболевания, что бы ни было их причиной, — инфекции (все чаще вирусные или грибковые), травмы, пороки развития, аутоиммунные нарушения, генетические дефекты, разрушение клеток, — являются продуктом множественных воздействий на здоровье. Уже нельзя говорить об «агенте», ответственном за возникновение заболевания, и «заболевание» как таковое больше не является четко определенным понятием.

В конце концов, заболевания — это профессиональные определения без четких биологических проявлений. Эти определения могут быть искусственно созданы и создаются в определенных целях, а суммарное количество смертей, вызванных отдельными заболеваниями, превышает реальное количество смертей в мире. Снижение смертности от отдельных заболеваний привело к множественной заболеваемости; сегодня заболевания редко встречаются по отдельности. Более того, заболевание — это всего лишь одно из проявлений болезни; ухудшение самочувствия от симптомов, снижение активности в результате анатомических и физиологических нарушений, ослабление когнитивных и эмоциональных функций вследствие биологических и психосоциальных нарушений являются серьезным поводом для беспокойства отдельных лиц и групп населения.

С позиций организации здравоохранения стоит помнить, что William Farr, формулируя принципы, лежащие в основе Международной классификации болезней, ввел главенствующую парадигму, которая ставит знак равенства между нарушением здоровья и болезнью, разделяет проявления нарушений, связанные с больным и с заболеванием, и различает первич-

ную и вторичную («специализированную») медицинскую помощь. Структура Классификации определяла порядок обучения и практической деятельности врачей — что полезно в ситуации, когда здравоохранение имеет дело с конкретными заболеваниями в конкретной обстановке. Осознание того, что на здоровье влияет большое количество факторов, различия в чувствительности и устойчивости отдельных лиц и групп населения к заболеваниям, а также растущая частота нарушений здоровья, вызванных ятрогенными причинами, заставляют задуматься о том, способны ли системы здравоохранения справиться с заболеваемостью отдельных людей и групп населения при борьбе стандартными методами. Возможен даже пересмотр стандартных методов классификации заболеваний.

Повышенное внимание к лечению хронических заболеваний в настоящее время — один из подходов к быстро меняющимся вопросам описания и понимания «заболеваний» в XXI веке. Является ли он правильным, покажет время. Ориентированный на болезнь подход к здоровью населения почти наверняка обострит общее неравенство, поскольку у социально обездоленных людей выше заболеваемость всеми видами заболеваний. Искоренение или сдерживание заболеваний по отдельности вряд ли существенно снизит вероятность других заболеваний в уязвимых группах населения. Это может быть также чрезмерным в ситуации, когда наиболее серьезные недостатки в достижении Целей развития тысячелетия касаются материнского и детского здоровья. Хорошая первичная медицинская помощь, уделяющая внимание ВСЕМ заболеваниям, с широким набором услуг, может быть гораздо лучшим подходом, позволяющим добиться равенства в отношении здоровья, а также общего улучшения здоровья населения.

В этом качественном обзоре подходов к решению проблем, связанных с хроническими заболеваниями в Европе, редакторы проделали огромную работу по подготовке широкого обсуждения вопросов, связанных с медицинской помощью, сосредоточенной на конкретных заболеваниях. В некоторых главах прямо отстаивается (без фактических данных) упор на «хронические заболевания», а не на помощь, ориентированную на отдельного человека с откликом на индивидуальные потребности и приоритеты. Однако во вступительной главе и во многих других главах дана взвешенная точка зрения; обзор указывает на недостаток данных о преимуществах концентрации внимания на отдельных хронических заболеваниях. Мы все еще далеки от знаний, понимания и политической воли, необходимых для создания эффективных, справедливых и рентабельных систем медицинского обслуживания, которые бы улучшили здоровье населения и отдельных его групп.

*Профессор Barbara Starfield, доктор медицины,
магистр по общественному здравоохранению
Школа общественного здравоохранения им. Блумберга,
Университет Джонса Хопкинса
Апрель 2008 года*

Предисловие II

В истории человечества считанные пандемии приводили к стольким страданиям и преждевременным смертям, как мировая эпидемия хронических заболеваний. Комбинация преобладающих факторов образа жизни, включая диету, недостаток физической активности и курение, внесла свой вклад в заболеваемость хроническими заболеваниями по всему миру и обусловила большинство преждевременных смертей во всех странах, исключая беднейшие. Скорость, с которой ожирение, сахарный диабет и атеросклероз стали частыми причинами смерти в странах, где всего поколение назад боролись с недоеданием, иллюстрирует темп, с которым социальные и культурные изменения влияют на здоровье. Даже сегодня влияние хронических заболеваний важно, но тревожнее то, что, по всем прогнозам, их распространенность, скорее всего, будет расти, особенно в странах со средними доходами, существенно повышая общее бремя этих болезней.

Всем странам нужно будет справляться с этим очень нелегким для систем здравоохранения бременем, поскольку возможное влияние таких заболеваний на экономический рост весьма значительно. На уровне отдельных семей смерть родителя от хронического заболевания может иметь глубочайшие последствия для всей семьи. Работодателям придется нести растущее финансовое бремя хронических заболеваний, а обществу в целом, особенно системам здравоохранения, необходимо будет лучше понимать, как справляться с этой новой проблемой. Поставщики медицинской помощи пока не разработали механизмов, позволяющих справляться с ростом распространенности хронических заболеваний путем разработки программ профилактики или лечения, более подходящих для хронических, а не острых, заболеваний. Понадобятся новые, более творческие подходы к общественному здравоохранению, если мы хотим устранить социальные и культурные факторы, лежащие в основе большинства, если не всех этих заболеваний.

Эта книга является очень своевременным вкладом в наши представления о масштабах и влиянии хронических заболеваний и, в особенности,

освещает подходы к оказанию помощи таким больным. В силу очевидных причин внимание авторов сосредоточено на управлении медицинским обслуживанием при хронических заболеваниях в Европе, но многие из этих примеров подойдут и к другим регионам мира. В книге рассматривается не просто влияние заболеваний на человека, но также и выраженное экономическое воздействие на семьи, предпринимательство, правительства — убедительное доказательство необходимости изменить подход систем здравоохранения, чтобы справиться с этой серьезной новой проблемой. Эти заболевания требуют сочетания соответствующего медицинского обслуживания и действий по профилактике — и баланс между ними подробно рассматривается в данной публикации.

Эта книга представляет собой призыв к действию «для всех, кто имеет отношение к медицинскому обслуживанию и общественному здравоохранению». Многие из существующих структур в наших системах здравоохранения совсем не подходят для борьбы с большинством хронических заболеваний, и было предпринято очень мало серьезных попыток повлиять на многие факторы образа жизни, которые изначально и породили эту эпидемию. Правительствам, работодателям, медицинским работникам и гражданам необходимо прислушаться к основным положениям этой публикации. Скорость, с которой разрастается эпидемия, говорит о том, что времени терять нельзя.

*Профессор сэра John Bell
Королевский профессор медицины
Оксфордского университета,
Президент Академии медицинских наук*

Благодарности

Данная публикация является частью серии, которую издает Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. Мы благодарим всех авторов за проделанную ими большую работу и энтузиазм в отношении данного проекта, а также Barbara Starfield и John Bell за их предисловия.

Помимо вклада отдельных авторов (см. список авторов), данная работа опирается также на восемь отдельных исследований, проведенных Nicholas Glasgow, Nicholas Zwar, Mark Harris, Iqbal Hasan и Tanisha Jowsey (Австралия); Izzat Jiwani и Carl-Ardy Dubois (Канада); Michaela L. Schiøtz, Anne Frølich и Allan Krasnik (Дания); Debbie Singh и Daragh Fahey (Англия); Isabelle Durand-Zaleski и Olivier Obrecht (Франция); Ulrich Siering (Германия); Eveline Klein-Lankhorst и Cor Spreeuwenberg (Нидерланды); и Ingvar Karlberg (Швеция). Эти исследования будут опубликованы в сопроводительном томе, за помощь в редактировании которого мы благодарны Cecile Knai.

Мы выражаем признательность за их вклад тем, кто участвовал в семинаре, проведенном в Лондоне для обсуждения содержания, общей идеологии и черновых версий отдельных глав книги. Помимо авторов глав и авторов отдельных исследований, это: Alessandra Badellin, Armin Fidler, Bernard Merkel, Carmel Martin, Chris Ham, Christian Lüthje, Christine Hancock, Clare Siddall, Jill Farrington, Kenneth Thorpe, Kevin McCarthy, Margot Felix, Richard Saltman, Tit Albreht, Johan Calltorp и Ian Basnett. Дискуссии, проведенные в ходе семинара, явились неоценимым источником идей о дальнейшем направлении нашей работы.

Особую благодарность мы выражаем Национальному институту исследований в области здравоохранения (NIHR) Соединенного Королевства за присужденную им Ellen Nolte премию Career Scientist Award, без которой эта работа была бы невозможна.

Мы выражаем также глубокую признательность за время, уделенное рецензентами данной публикации, Philip Berman и Antonio Duran, на по-

XXVI Благодарности

следнем этапе работы над книгой. Нам очень помогли их весьма ценные комментарии и предложения.

Наконец, эта книга не появилась бы без компетентной и терпеливой поддержки наших коллег по Обсерватории на всем протяжении работы над проектом. Особенно мы хотели бы поблагодарить Caroline White и Sue Gammelman, которые с неоценимой помощью Maria Teresa Marchetti, Pieter Herroelen и Alain Cochez руководили всеми административными вопросами, связанными с этой книгой, и, в особенности, организацией семинара в Лондоне. Мы также очень благодарны Jonathan North за руководство процессом производства и Jane Ward за подготовку рукописи к печати.

Оказание помощи при хронических состояниях: введение

Ellen Nolte u Martin McKee

Введение

Одной из самых больших проблем, ожидающих системы здравоохранения всего мира в XXI в., является растущее бремя хронических заболеваний (WHO 2002). Возросшая продолжительность жизни, «модернизация» образа жизни, связанная с ростом факторов риска многих хронических заболеваний, и растущие возможности сохранять жизнь людям в случаях, когда ранее это было невозможно, в совокупности меняют структуру заболеваемости, с которой имеют дело системы здравоохранения.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет хронические состояния как требующие «постоянного вмешательства на протяжении лет или десятилетий»; сюда относятся самые различные нарушения здоровья, которые выходят за пределы традиционного определения «хронического заболевания», вроде ИБС, сахарного диабета или бронхиальной астмы. Сюда входят некоторые инфекционные заболевания, такие, как заражение вирусом иммунодефицита человека и синдром приобретенного иммунодефицита (ВИЧ/СПИД), перешедшие, благодаря достижениям современной медицины, из разряда быстро прогрессирующих смертельных заболеваний в разряд поддающихся лечению нарушений здоровья, что позволяет больным жить с этими заболеваниями долгие годы. Кроме того, в понятие «хронические состояния» включают некоторые психические заболевания, такие как депрессия и шизофрения, некоторые виды инвалидности, не отнесенные к заболеваниям, такие как слепота и патологии опорно-двигательного аппарата (WHO 2002), а также злокачественные образования, являющиеся темой отдельной публикации Европейской обсерватории (Coleman et al. 2008). Хотя некоторыми авторами предлагались другие определения понятию «хронические заболевания» (Conrad and Shortell 1996; Unwin et al. 2004), общим является то, что эти состояния требуют комплексного подхода в течение длительного периода времени, что подразумевает скоординированное участие широкого круга медицинских работников и доступ к необходимым методам лечения и системам наблюдения. Все эти компоненты должны быть наилучшим об-

разом встроены в систему, содействующую расширению возможностей больного.

И все же здравоохранение в значительной степени строится вокруг модели эпизодической медицинской помощи при острых состояниях, которая плохо согласуется с потребностями тех, кто страдает хроническими нарушениями здоровья. Зачастую хронические заболевания не лечатся или лечатся недостаточно, пока не возникнут тяжелые, острые осложнения. Даже если хроническое заболевание диагностировано, часто существует большой разрыв между научно обоснованными рекомендациями по лечению и реальной практикой. Например, McGlynn et al. (2003) показали, что к концу 1990-х гг. только около 45% больных сахарным диабетом, обратившихся в медицинские учреждения США, получали рекомендованное лечение; при сердечной недостаточности эти показатели были несколько выше — 64% — но все-таки являлись недостаточно высокими. Сходным образом, систематический обзор качества медицинской помощи в рамках общей практики в Австралии, Новой Зеландии и Соединенном Королевстве показал, что даже в практиках с наилучшими показателями только у 49% больных сахарным диабетом проводили осмотр стоп, и только в 47% случаев после инфаркта миокарда назначались бета-блокаторы (Seddon et al. 2001).

В ответ на новую угрозу здоровью, связанную с хроническими заболеваниями, в ряде стран опробовали новые модели оказания медицинской помощи, способные улучшить координацию медицинского обслуживания в процессе лечения. Но хотя эта цель, несомненно, весьма привлекательна, имеющиеся сведения о преимуществах того или иного подхода по-прежнему не позволяют прийти к однозначным выводам (Conrad and Shortell 1996; Ouwens et al. 2005). Кроме того, разнообразие систем здравоохранения в Европе означает, что универсального решения проблем, связанных с хроническими заболеваниями, скорее всего, не существует. То, что возможно в одной системе здравоохранения, может быть невозможным, по крайней мере в краткосрочной перспективе, в другой, казалось бы, похожей системе, если их отличают какие-то принципиальные аспекты. Каждая система здравоохранения должна найти свое решение, которое, тем не менее, может учитывать опыт других систем.

Цель данной книги — поддержать этот процесс путем систематического обзора некоторых ключевых вопросов, связанных с оказанием медицинской помощи при хронических состояниях. В ней исследуются возможные последствия для различных сторон, участвующих в оказании помощи при хронических состояниях, с тем, чтобы выявить контекстные, организационные, профессиональные, финансовые и связанные с больным факторы, которые способствуют реализации стратегий, направленных на борьбу с хроническими заболеваниями, или затрудняют ее. Еще одна цель книги — создание основы для выявления наилучших методов лечения и предпосылок для их внедрения.

Проблемы

Достижения медицины, которые продлевают людям жизнь, контролируя, хотя и не излечивая полностью, их заболевания, привели к увеличению

числа людей, живущих с хроническими болезнями. В то же время растет и доля пожилых людей, что еще более увеличивает число людей с хроническими нарушениями здоровья из-за кумулятивного воздействия факторов риска на протяжении жизни. Последствия этого весьма значительны. В 2006 г. 20–40% и более населения Европейского союза в возрасте 15 лет и старше сообщали о длительном нарушении здоровья, а каждый четвертый в настоящее время подвергается длительному лечению (TNS Opinion & Social 2007). Растет также число людей, у которых есть сразу несколько заболеваний. Чаще всего это пожилые люди, при этом около двух третей лиц, достигших пенсионного возраста, страдают двумя и более хроническими заболеваниями (van den Akker et al. 1998; Wolff et al. 2002; Deutsches Zentrum für Altersfragen 2005).

Последствия такой ситуации для здравоохранения и общества в целом значительны. Люди с хроническими заболеваниями чаще обращаются за медицинской помощью, особенно если таких заболеваний несколько. Например, в Англии на долю больных с хроническими заболеваниями приходится 80% обращений к врачам общей практики, а на долю примерно 15% больных, имеющих три или более заболевания, приходится около 30% общей продолжительности госпитализаций (Wilson et al. 2005). Хронические заболевания тяжелым бременем ложатся на экономику. По оценкам, проведенным в США, затраты, связанные с лечением хронических заболеваний, составляют около трех четвертей от общей суммы расходов на здравоохранение (Hoffman et al. 1996). На некоторые хронические заболевания, такие как сахарный диабет, в отдельных европейских странах приходится от 2 до 15% общих расходов на здравоохранение (Suhrcke et al. 2005).

Ведение хронических заболеваний все более усложняется, поскольку появляются новые, более мощные, но зачастую и более опасные лекарственные средства. Тем не менее они нередко назначаются больным, чьи характеристики, особенно возраст, не позволили бы им стать участниками исследований по эффективности данных препаратов (Britton et al. 1999). В отношении многих препаратов неизвестно, можно ли распространить полученные в клинических исследованиях результаты на те категории больных, которые исключаются из исследований в связи с возрастом или состоянием здоровья (Tinetti et al. 2004). Таким образом, несоответствие между результатами клинических исследований и данными повседневной клинической практики означает, что многие данные, служащие основой для принятия клинических решений, обладают спорной ценностью (Hampton 2003). Еще одна проблема — многим больным хроническими заболеваниями назначено лечение по поводу сразу нескольких заболеваний; таким образом, они получают сложное сочетание препаратов, чья сочетанная эффективность и возможные лекарственные взаимодействия должным образом не изучены. В Европе от 4 до 34% людей в возрасте 65 лет и старше принимают пять и более назначенных врачом препаратов (Junius-Walker et al. 2007). Boyd et al. (2005) показали, что, согласно существующим руководствам по клинической практике, воображаемой 79-летней женщине с хронической обструктивной болезнью легких, сахарным диабетом второго типа, остеопорозом, артериальной гипертензией и остеоартритом следует назначить 12 разных препаратов, сочетание, которое грозит целым рядом побочных реакций. Последствия комплексного

назначения лекарственных средств можно показать на примере 76-летней женщины с сердечной недостаточностью (Jelley 2006):

«Позже у нее развился сахарный диабет... мы снижали ее артериальное давление с помощью таблеток, которые ухудшили функцию почек. Статины снижали уровень холестерина, однако это нарушило функцию печени... Бета-блокаторы затрудняли дыхание, а назначение варфарина пришлось отменить после желудочного кровотечения... Казалось, все время появляются новые симптомы или побочные эффекты...»

Риск лекарственных побочных реакций возрастает при наличии сразу нескольких патологий (коморбидности), применении определенных лекарственных средств (таких как варфарин) и увеличении числа принимаемых препаратов (Найджар et al. 2007). Кроме того, прием нескольких лекарственных средств повышает риск ошибок при их назначении: среди взрослых, страдающих двумя или более хроническими заболеваниями, от одной пятой до четверти больных (от 16% в Германии до 32% в США) сообщали об ошибках в назначениях или лечении (неверная дозировка, неправильно назначенный препарат или ошибочный результат анализа) (Schoen et al. 2007). Назначение нескольких препаратов может повысить риск возникновения осложнений, связанных со старением, таких как когнитивные нарушения и падения (Найджар et al. 2007), и усложнит режим приема лекарственных средств, что связано со значительно менее точным соблюдением врачебных предписаний, а это еще больше снижает эффективность лечения (WHO 2003).

Все сказанное подчеркивает трудности, связанные с хроническими заболеваниями, с которыми сталкиваются больные, лица, осуществляющие уход за ними, и медицинские работники. Однако сочетание нескольких заболеваний само по себе — лишь один из аспектов сложной клинической картины состояния больного, куда входят также детерминанты, выходящие за рамки биологических факторов (такие как социально-экономические, культурные, экологические факторы, а также поведение больного), которые сказываются на состоянии здоровья и влияют на эффективность конкретных методов лечения (Safford et al. 2007). Таким образом, сложная клиническая картина, которая может представлять трудности при лечении одного заболевания, еще более усложнится, если попытаться расставить приоритеты при лечении нескольких заболеваний (Ritchie 2007).

Оказание помощи при хронических состояниях ставит целью не излечение, а улучшение функционального статуса, снижение мешающих больному симптомов, продление жизни путем вторичной профилактики и улучшение качества жизни (Grumbach 2003). Понятно, что этих целей едва ли можно достигнуть при традиционном подходе, который сосредоточен на отдельных заболеваниях и опирается на взаимоотношения между отдельным больным и врачом. Столь же ясно, что необходима модель оказания помощи, ориентированной на больного и основанной на взаимодействии врача с больным и другими медицинскими работниками с целью улучшения результатов лечения. Однако определить наилучшую модель гораздо труднее. Каждый подход в значительной степени зависит от обстановки, а терминология, используемая в одних условиях, имеет со-

вершено иное значение в других. Поэтому многие организационные новшества, такие как insultные отделения, оцениваются как «черные ящики» — вмешательство определяется данным ему названием, часто без осознания основных факторов успеха или неудачи.

Хронические заболевания заставляют больного изменить поведение и совершать действия, способствующие физическому и психологическому благополучию; взаимодействовать с медицинскими работниками и соблюдать режим лечения; следить за состоянием своего здоровья и принимать соответствующие решения, связанные с медицинской помощью, справляться с влиянием заболевания на физическое и психологическое состояние и на социальные функции (Clark 2003). В то же время повышенная ответственность, которую берут на себя больные в отношении самопомощи, может представлять особенные трудности при наличии нескольких заболеваний одновременно, поскольку лечение одного заболевания может вызвать обострение другого. Например, больному с хроническими заболеваниями легких может быть трудно придерживаться режима физической активности, рекомендованного при его сахарном диабете (Bayliss et al. 2003).

У больных разные предпочтения в отношении медицинской помощи, и они придают разное значение результатам лечения. Так, для одних сохранение функциональной независимости важнее, чем интенсивное лечение, в то время как другие готовы смириться с неудобствами и риском побочных эффектов сложного режима медикаментозного лечения, если это ведет к продлению жизни, даже за счет снижения ее качества (Tinetti et al. 2004). Таким образом, для эффективной медицинской помощи крайне важна возможность разработки индивидуальных планов лечения. Развитие общества потребления в сочетании с лавинообразным ростом объема информации, доступной в Интернете, ведет к тому, что возможности больных расширяются — что должно повысить оперативность медицинского обслуживания. Однако это может также нарушить равенство доступа к медицинской помощи, поскольку информационное неравенство позволяет более привилегированной группе воспользоваться преимуществами новых возможностей в первую очередь, а те, кто сильнее всего нуждается, остаются за бортом (Stroetmann et al. 2002). Демографические изменения обостряют ситуацию — с ростом глобальной миграции появляются группы населения, которые, несмотря на все стремления к полному охвату медицинской помощью, могут оказаться вне системы медицинского обслуживания (особенно это относится к нелегальным мигрантам) (Healy and McKee 2004). К сожалению, наши знания о масштабе и характере воздействия этих изменений на доступность медицинской помощи все еще недостаточны.

Изменения в сфере оказания медицинской помощи

В целом эти изменения могут служить доказательством растущей сложности медицинской помощи. Они существенно влияют на то, как осуществляется медицинское обслуживание. Здесь можно выделить несколько направлений (Royston 1998).

Во-первых, расширение возможностей раннего вмешательства в сочетании с более широким осознанием некоторыми странами преимуществ снижения бремени болезни как средства уменьшения финансового давления на системы здравоохранения, влияет на баланс между лечением и профилактикой. Например, в исследовании будущих потребностей в медицинском обслуживании, опубликованном Министерством финансов Соединенного Королевства в 2002 г., представлен ряд сценариев, сильно различающихся в отношении того, насколько улучшится здоровье населения. Разница в затратах на 2022 г. между наиболее оптимистическим и пессимистическим сценариями составила около 30 млрд £ (50 млрд €) — примерно половина расходов Государственной службы здравоохранения за 2002 г. (Wanless 2002). Тем не менее, основной вопрос заключается не просто в перемещении ресурсов из сферы лечения в сферу профилактики, а в том, чтобы найти способы объединить эти сферы — так, чтобы программы профилактики в полной мере использовали бы достижения здравоохранения, а здравоохранение при этом было бы переориентировано на внедрение профилактических мер на всех этапах медицинского обслуживания.

Во-вторых, изменяется баланс между стационарным лечением и другими видами оказания медицинской помощи (Hensher and Edwards 2002). Преимущество больниц состоит в том, что больной постоянно находится в одном месте, ожидая исследований или лечения. Больной доступен тогда, когда это удобно медицинским работникам. В организационном отношении это упрощает сложное медицинское обслуживание, но неудобно больному, свобода которого при этом ограничена. Даже для тех, кому требуется постоянное лечение, больница может быть не лучшим местом для его проведения. Больных со злокачественными опухолями в поздней стадии, вероятно, лучше помещать в хоспис; при умеренной степени инвалидности, скорее всего, удобнее жить дома, но с усиленным сестринским уходом или иными видами поддержки. Это также повышает сложность системы при оценке нужд пациента и предоставлении новых видов медицинского обслуживания.

В-третьих, изменяется соотношение между степенью участия в процессе оказания помощи медицинских работников и больных. В обществе, где почтение к белому халату не столь высоко, больные менее склонны получать предписания без объяснений. Признано также, что при многих хронических состояниях, когда течение заболевания нестабильно (например, бронхиальная астма и сахарный диабет), требуется активное участие информированных пациентов (Wagner et al. 1996). Это, в свою очередь, требует поддержки со стороны медицинских работников, задача которых — просветить больных и дать им возможность самостоятельно следить за ходом своего заболевания, и может потребовать постоянного сотрудничества между больными и врачами, чтобы улучшить долгосрочный прогноз.

В-четвертых, как уже отмечалось, изменяется баланс между фактами и интуицией в клинической практике. Все настоятельнее идет поиск научных данных, обосновывающих клиническую практику, и механизмов, обеспечивающих использование этих данных, оценку качества деятельности и его повышение. Этот баланс, однако, меняется по мере того, как первоначальный энтузиазм в отношении строгих клинических рекомен-

даций сталкивается с реалиями характеристик отдельных больных, выявляя тем самым ограниченность детерминизма (McKee and Clarke 1995).

В-пятых, в условиях растущего социального неравенства изменяется соотношение между услугами, которые просто являются ответом на спрос, и услугами упреждающего характера, которые выявляют потребность, даже если она не выражена в форме спроса, на основании знаний о том, что для больных, потребности которых наиболее велики, необходимая помощь может быть наименее доступна.

В-шестых, растут возможности информационных технологий. Люди, привыкшие организовывать свой отдых или делать покупки через Интернет, все сильнее недоумевают, почему эти способы не используются здравоохранением. Теоретически, записаться на прием к врачу должно быть просто. Однако в жизни все обстоит иначе. Организация отпуска через Интернет, включая покупку обратных билетов и бронирование гостиницы, аналогична разовому обращению у врача, например, для планового обследования. Однако туристу, желающему провести отпуск по индивидуальной программе, выбрав собственный маршрут и пользуясь несколькими видами транспорта (что аналогично ситуации с больным, страдающим несколькими хроническими заболеваниями), потребуются услуги туристического агентства. Учитывая, что действия больного чаще всего похожи именно на индивидуальную туристическую программу, неудивительно, что информационные системы в здравоохранении часто не справляются с выполнением того, что обещают.

И, наконец, существует проблема подготовки кадров, которые бы соответствовали меняющимся условиям медицинского обслуживания. Это обширная область, объединяющая в себе многие элементы предыдущих шести направлений, к которым добавляется вопрос о том, как проводить обучение применительно к все более многообразным условиям медицинского обслуживания.

Общая схема

Для исследования изложенных выше проблем мы будем использовать теоретическую схему, которая в значительной степени опирается на Модель оказания помощи при хронических заболеваниях (Chronic Care Model, ССМ), разработанную Wagner et al. (1999). В ней описана структура организации медицинского обслуживания, направленная на улучшение результатов лечения хронических заболеваний; подробно она будет изложена в главе 4. Вкратце, модель состоит из четырех взаимодействующих компонентов, которые расцениваются как основные условия качественной медицинской помощи при хронических заболеваниях: поддержка обучения больных самопомощи, схема медицинского обслуживания, поддержка принятия решений и клинические информационные системы. Они «встроены» в систему здравоохранения, которая связывает надлежащим образом организованную систему медицинской помощи с дополняющей ее деятельностью по месту жительства больного.

Понятно, что вопросы, связанные с хроническими заболеваниями, которые можно отнести к каждому из компонентов схемы, могут множиться безгранично, и наша цель заключается в том, чтобы не дублировать уже сде-

ланное (например, растущее число обзоров по эффективности различных компонентов Модели оказания помощи при хронических заболеваниях, входящих в состав многих программ по лечению и уходу) (см., напр., Renders et al. 2001; Bodenheimer et al. 2002; Weingarten et al. 2002; Ofman et al. 2004; Ouwens et al. 2005; Tsai et al. 2005; Zwar et al. 2006). Вместо этого мы используем приведенную схему для углубленного изучения некоторых ключевых характеристик, связанных с растущим усложнением медицинской помощи, которые до сих пор не привлекали к себе должного внимания.

Наше исследование сосредоточено на организации системы медицинского обслуживания при выявленных хронических заболеваниях или состояниях. Таким образом, материалы, включенные в эту книгу, посвящены данным о хронических заболеваниях/состояниях, которые, согласно определению ВОЗ, требуют постоянного вмешательства на протяжении лет или десятилетий, и при которых возможны периодические обострения, характерные для такого заболевания, или другие острые заболевания. Как видно из рис. 1.1, мы рассматриваем все виды деятельности, от снижения вероятности развития хронического заболевания у людей с факторами риска до ведения крайне сложных случаев. Основное внимание уделяется сектору здравоохранения, а модели социального обеспечения обсуждаются только тогда, когда существует тесная связь с системой здравоохранения, или из их работы можно извлечь полезные уроки.

Как и предыдущие исследования Европейской обсерватории, такие как недавний выпуск «*Кадровые ресурсы здравоохранения*» (Dubois et al. 2006; Rechel et al. 2006), данная работа является результатом анализа, проведенного на двух уровнях. На одном из них на основе синтеза теоретических и эмпирических данных из большого числа стран, преимущественно с высоким уровнем дохода, исследуется ряд ключевых вопросов. На втором уровне проведен подробный анализ информации по отдельным странам, посвященный способам оказания помощи при хронических заболеваниях в разных системах здравоохранения; этот анализ публикуется в виде отдельного сопроводительного тома (Nolte et al. 2008).

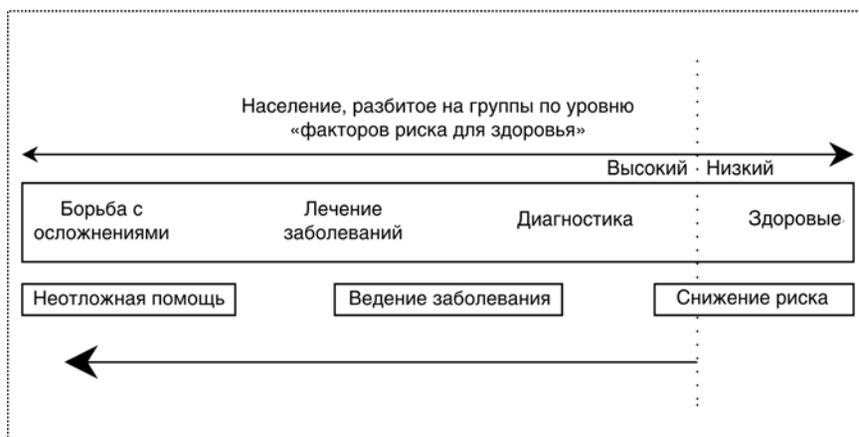


Рисунок 1.1. Виды деятельности в системе здравоохранения, которые рассматриваются в данной книге.

Источник: Petersen and Kane 1997, с изменениями.

Краткий обзор книги

Учитывая широту и сложность темы, важно указать, чем данная книга не является. Это не практическое руководство по внедрению программ ведения заболеваний: во-первых, существует много подобных руководств, а во-вторых, что важнее, основной вывод анализа, представленного в данной книге, состоит в том, что различная обстановка, в которой работают люди, требует, чтобы организационные решения модифицировались с учетом особенностей каждой страны. Мы же приводим данные о том, что эффективно и что неэффективно в разных условиях, в надежде, что это окажется полезным для тех, кто занимается вопросами лечения сложных хронических заболеваний. Таким образом, в отличие от некоторых других публикаций, зачастую посвященных весьма узким аспектам проблемы хронических заболеваний, мы рассматриваем вопрос в широкой перспективе, характеризуя основу для разработки политики, исследуя предпосылки эффективной политики и изучая, как решения, принимаемые с другими целями, например, связанные с оплатой медицинской помощи, могут влиять на ведение хронических заболеваний.

Книга разделена на три основные части. В первой изложены эпидемиологические данные об изменениях в бремени хронических заболеваний в Европейском регионе и исследуется экономическая целесообразность вложения средств в их лечение. Во второй части рассматриваются некоторые из важнейших проблем, связанных с растущей сложностью медицинского обслуживания, в том числе профилактики, с использованием адаптированной схемы Модели оказания помощи при хронических заболеваниях. В третьей части обсуждается роль системы здравоохранения в целом, рассматриваются системы финансирования медицинской помощи при хронических заболеваниях, а также то, как общая политическая обстановка помогает или препятствует разработке и внедрению эффективных подходов к оказанию медицинской помощи при хронических заболеваниях.

В главе 2 более подробно исследуется бремя хронических заболеваний в Европейском регионе. Особое внимание уделяется структуре заболеваемости на основе обобщенных эпидемиологических данных о важнейших хронических состояниях, таких как инсульт, сахарный диабет, хроническая обструктивная болезнь легких, бронхиальная астма, а также о некоторых психических заболеваниях, таких как депрессия. Одним из ключевых вопросов, рассмотренных в этой главе, является получение надежных, адекватных и сопоставимых данных, позволяющих произвести комплексную оценку бремени болезни в Европейском регионе и помочь разработке политики на местном и общенациональном уровне. Подчеркивается, что демографические изменения и растущий объем данных о потерях в плане здоровья и урона для общества, связанных с хроническими заболеваниями, делают необходимым преодоление методологических трудностей в сфере оценки бремени хронических заболеваний.

Хронические заболевания представляют собой значительное бремя для национальных экономик. По некоторым оценкам, связанные с ними затраты могут достигать 7% от валового внутреннего продукта страны (Oxford Health Alliance Working Group 2005). Отчасти это следствие прямых медицинских расходов, связанных с повышенным потреблением медицинских услуг, лекарственных средств и дорогостоящих вмешательств

(см., например, Jonsson 2002; Reynolds et al. 2004), но отражает также косвенные издержки, связанные, например, со снижением производительности труда (Oxford Health Alliance Working Group 2005). В главе 3 рассматривается экономическая и коммерческая целесообразность борьбы с хроническими заболеваниями, с целью обеспечения доказательной базы, необходимой для информированной дискуссии по вопросу о сравнении затрат на комплексные программы медицинского обслуживания (Congressional Budget Office 2004) и ожидаемого выигрыша для общества. Озабоченность в первую очередь вызывает разрыв между экономической и коммерческой целесообразностью, что, скорее всего, будет означать недостаточный, с социальной точки зрения, уровень обеспечения больных хроническими заболеваниями медицинской помощью — если не позаботиться о соответствующем финансировании и механизмах обслуживания.

Глава 4 посвящена подходам к медицинскому обслуживанию людей с хроническими нарушениями здоровья. Рассмотрены различные подходы к медицинской помощи при хронических заболеваниях: «интегрированная помощь», «координированная помощь», «управляемая помощь», «ведение заболевания», «индивидуальное ведение больного», «лечение, ориентированное на больного», «помощь при (хроническом) заболевании», «непрерывность помощи» и др. Затем описываются некоторые теоретические схемы и существующие модели медицинского обслуживания, разработанные для оказания помощи больным с различным уровнем медицинских потребностей. Проанализированы имеющиеся данные, в том числе накопленная информация о сравнительной эффективности различных моделей и компонентов медицинской помощи при хронических заболеваниях (Bodenheimer et al. 2002; Weingarten et al. 2002; Ouwens et al. 2005; Singh 2005a; Singh and Ham 2006).

Хотя эта книга посвящена в основном лечению хронических заболеваний, очевидно, что эффективные меры включают в себя прежде всего профилактику их возникновения. Основные факторы риска, по большей части, известны, так же как и эффективные вмешательства, направленные на снижение риска заболевания, однако меры, принимаемые в этом отношении, во многих странах до сих пор недостаточны (Yach et al. 2004). В главе 5 приводится обзор основных тенденций, связанных с ведущими факторами риска хронических заболеваний, а также примеры эффективных профилактических вмешательств, как в клинической обстановке, так и в отношении населения в целом. На ряде примеров показано, что профилактика является «делом каждого»: правительство, частный сектор, система здравоохранения и сами пациенты в значительной мере отвечают за осуществление научно обоснованных профилактических мероприятий, направленных против растущего бремени хронических заболеваний.

Хронические заболевания вынуждают больного в определенной степени изменить поведение и производить действия, направленные на поддержание физического и психологического благополучия; взаимодействовать с медицинскими работниками и соблюдать режим лечения; следить за состоянием своего здоровья и принимать соответствующие решения, связанные с медицинской помощью; справляться с влиянием болезни на физические, психологические и социальные функции (Clark 2003). В главе 6 рассматриваются методы обучения больных самопомощи. Описаны теоретические подходы, лежащие в основе многих методик самопо-

мощи, анализируются методы поддержки больного при самопомощи и их эффективность при хронических заболеваниях; особый упор сделан на случаи, когда имеется несколько заболеваний или проблемы, связанные с этнической принадлежностью или социально-экономическим положением больного. Выявлена потребность в дополнительных исследованиях, которые позволят лучше понять, как программы поддержки самопомощи влияют на результаты лечения и устойчивость долгосрочных улучшений в состоянии больного. Показано также, что хотя поддержка самопомощи рассматривается как важный элемент оказания медицинской помощи при хронических заболеваниях, очень немногие страны разрабатывают и внедряют систематизированные меры, направленные на содействие этому процессу. Тем самым подчеркивается, как важно для руководителей здравоохранения, страховых компаний и медицинских работников создать системы, позволяющие всем больным эффективно контролировать свое состояние и являющиеся частью общей стратегии.

Не раз высказывалась мысль, что решающим для эффективной борьбы с хроническими заболеваниями является создание систем с участием врачей и других медицинских работников, объединенных в бригады, для того, чтобы нужная помощь в нужное время обеспечивалась нужным людям (Norris et al. 2003; Singh 2005b). Но хотя польза для больных представляется очевидной, не столь ясно, как перестройка систем медицинского обслуживания скажется на тех, кто этим занимается, т. е. на работниках здравоохранения. В главе 7 исследуется решающая роль кадровых ресурсов в оказании важнейших видов помощи людям с хроническими заболеваниями. Рассмотрено влияние организационной перестройки на подбор и расстановку медицинских кадров, а также на содержание и характер деятельности (в частности, замещение ролей, расширение сферы деятельности, увеличение числа видов деятельности, бригадная организация труда, сочетание навыков). Перечислены основные рычаги, которые могут способствовать переменам и обеспечить успешное и устойчивое внедрение подходов к лечению хронических заболеваний с кадровой точки зрения. Сюда входят разработка модели кадровых ресурсов, в которой главная роль отводится потребителям услуг, переопределение профессиональных ролей, развитие навыков общего профиля и реорганизация рабочей среды.

Важным компонентом медицинской помощи при хронических заболеваниях является поддержка принятия решений, помогающая медицинским работникам обеспечить эффективное лечение (Wagner et al. 1996). В главе 8 показано, что поддержка принятия решения охватывает широкий спектр вмешательств, все больше опираясь при этом на электронные системы, с целью повысить качество оказания помощи при хронических заболеваниях путем стандартизации подходов к медицинскому обслуживанию в соответствии с наилучшей практикой при одновременном сдерживании расходов. Основное внимание уделяется компьютерным системам поддержки принятия клинических решений; представлены данные, свидетельствующие о выигрыше в области качества и безопасности при использовании таких систем. Отмечены многочисленные трудности, связанные с внедрением таких систем, в частности, рассмотрены последствия для организаций, финансирующих медицинское обслуживание, которым необходимо найти баланс между затратами, связанными с использованием новых технологий и новых видов деятельности, и отсутствием

четких доказательств того, что эти новые расходы приведут к экономии в других частях системы здравоохранения.

В Модели оказания помощи при хронических заболеваниях признается, что «повышение качества помощи больным с хроническими заболеваниями возможно только в том случае, если руководители системы здравоохранения... относятся к этому как к приоритетной задаче и обеспечивают необходимое для перемен к лучшему руководство, стимулы и ресурсы» (Erping-Jordan et al. 2004). Глава 9 посвящена различным способам оплаты медицинских услуг, исследованию теоретических преимуществ и недостатков каждого подхода с учетом скудости данных в этой области. Затем исследуются организационные факторы, способствующие или препятствующие внедрению систем оплаты, которые, как ожидается, дадут наилучшие результаты. Наконец, подробно рассматриваются выводы немногочисленных исследований на эту тему, проводившихся, главным образом, в Соединенном Королевстве и в США.

Глава 10, заключительная, посвящена препятствиям на пути улучшения координации и интеграции и способам их преодоления. На основе анализа подходов, используемых в разных странах, определены три ключевых элемента, необходимых для эффективной борьбы с хроническими заболеваниями: стабильное финансирование, квалифицированные и мотивированные медицинские работники, информационные системы поддержки. Однако показано также, что простого наличия этих элементов недостаточно. Сложный характер хронических заболеваний и мер борьбы с ними означает, что решения не появятся сами, но потребуют всеобъемлющей, согласованной и учитывающей обстановку схемы действий, которая обеспечит осуществление необходимых шагов по перестройке организационных структур, устранению препятствий на пути изменений и вложению средств в обучение и информационные технологии. Успех возможен, но нельзя недооценивать трудности.

Кому адресована эта книга

Редко кому удастся прожить жизнь, не сталкиваясь с хроническими заболеваниями — в качестве больных, тех, кто ухаживает за ними, медицинских работников и администраторов, руководителей здравоохранения и других секторов. Эта книга, несомненно, будет представлять наибольший интерес для двух последних групп, но мы надеемся, что и другие читатели найдут в ней что-то полезное. Характер медицинской помощи меняется, и во многих случаях довольно быстро. Тем не менее, во многих странах здравоохранение по-прежнему соответствует скорее потребностям середины двадцатого века, чем начала двадцать первого. Для эффективной деятельности нужны инициативы на всех уровнях, направленные на то, чтобы собрать в нужном месте в нужное время нужные ресурсы (квалифицированный персонал, технологии, лекарственные средства и знания), и во всех случаях обеспечить поддержку и стимулы для совместной работы во имя достижения общей цели. Простых ответов не существует, и разные системы здравоохранения должны найти модели, годящиеся для их конкретных условий. Кроме того, многому можно научиться, обмениваясь опытом — как положительным, так и отрицательным. Цель этой книги, а так-

же выходящего одновременно с ней сопроводительного тома исследований, — внести вклад в этот процесс.

Литература

- Bayliss, E.A., Steiner, J.F., Fernald, D.H., Crane, L.A. and Main, D.S. (2003) Descriptions of barriers to self-care by persons with comorbid chronic diseases, *Ann Fam Med*, 1: 15–21.
- Bodenheimer, T., Wagner, E.H. and Grumbach, K. (2002) Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2, *JAMA*, 288: 1909–14.
- Boyd, C., Darer, J., Boulton, C. et al. (2005) Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases, *JAMA*, 294: 716–24.
- Britton, A., McKee, M., Black, N. et al. (1999) Threats to applicability of randomised trials: exclusions and selective participation, *J Health Serv Res Policy*, 4: 112–21.
- Clark, N.M. (2003) Management of chronic disease by patients, *Ann Rev Public Health*, 24: 289–313.
- Coleman, M.P., Alexe, D., Albrecht, T. and McKee, M. (2008) *Responding to the Challenge of Cancer in EUROPE*. Ljubljana: Government of Slovenia and European Observatory on Health Systems and Policies.
- Congressional Budget Office (2004) *An Analysis of the Literature on Disease Management Programs*. Washington, DC: US Congressional Budget Office.
- Conrad, D.A. and Shortell, S.M. (1996) Integrated health systems: promise and performance, *Front Health Serv Manage*, 13: 3–40.
- Deutsches Zentrum für Altersfragen (2005) *Gesundheit und Gesundheitsversorgung. Der Alterssurvey: Aktuelles auf einen Blick, ausgewählte Ergebnisse*. Bonn: Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. <http://www.dza.de/download/Gesundheit.pdf> (accessed 12 December 2006).
- Dubois, C.-A., McKee, M. and Nolte, E. (2006) Human resources for health in Europe: future trends, opportunities, and challenges, in C.-A. Dubois, M. McKee and E. Nolte (eds) *Human Resources for Health in Europe*. Buckingham/New York: Open University Press/McGraw-Hill Education.
- Epping-Jordan, J.E., Pruitt, S.D., Bengoa, R. and Wagner, E.H. (2004) Improving the quality of health care for chronic conditions, *Qual Saf Health Care*, 13: 299–305.
- Grumbach, K. (2003) Chronic illness, comorbidities, and the need for medical generalism, *Ann Fam Med*, 1: 4–7.
- Hajjar, E., Cafiero, A. and Hanlon, J. (2007) Polypharmacy in elderly patients, *Am J Geriatr Pharmacother*, 5: 345–51.
- Hampton, J.R. (2003) Guidelines: for the obedience of fools and the guidance of wise men? *Clin Med*, 3: 279–84.
- Healy, J. and McKee, M. (2004) *Accessing Health Care: Responding to Diversity*. Oxford: Oxford University Press.
- Hensher, M. and Edwards, N. (2002) The hospital and the external environment: experience in the United Kingdom, in M. McKee and J. Healy (eds) *Hospitals in a Changing Europe*. Buckingham, UK: Open University Press.
- Hoffman, C., Rice, D. and Sung, H. (1996) Persons with chronic conditions. Their prevalence and costs, *JAMA*, 276: 1473–9.
- Jelley, D. (2006) Which patients with which needs are leading the patient-led NHS? *BMJ*, 332: 1221.
- Jonsson, B. (2002) Revealing the cost of type II diabetes in Europe, *Diabetologia*, 45: S5–12.
- Junius-Walker, U., Theile, G. and Hummers-Pradier, E. (2007) Prevalence and predictors of polypharmacy among older primary care patients in Germany, *Fam Pract*, 24: 14–19.
- McGlynn, E.A., Asch, S.M., Adams, J. et al. (2003) The quality of health care delivered to adults in the United States, *N Engl J Med*, 348: 2635–45.

- McKee, M. and Clarke, A. (1995) Guidelines, enthusiasms, uncertainty, and the limits to purchasing, *BMJ*, 310: 101–4.
- Nolte, E., Knai, C. and McKee, M. (eds) (2008) *Managing Chronic Conditions: Experience in Eight Countries*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Norris, S.L., Glasgow, R.E. and Engelgau, M.M. (2003) Chronic disease management. A definition and systematic approach to component interventions, *Dis Manage Health Outcomes* 11: 477–88.
- Ofman, J.J., Badamgarav, E., Henning, J.M. et al. (2004) Does disease management improve clinical and economic outcomes in patients with chronic diseases? A systematic review, *Am J Med*, 117: 182–92.
- Ouwens, M., Wollersheim, H., Hermens, R., Hulscher, M. and Grol, R. (2005) Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews, *Int J Qual Health Care*, 17: 141–6.
- Oxford Health Alliance Working Group (2005) *Economic Consequences of Chronic Diseases and the Economic Rationale for Public and Private Intervention*. Oxford: Oxford Health Alliance [проект доклада].
- Petersen, K. and Kane, D. (1997) Beyond disease management: population-based health management, in W. Todd and D. Nash (eds) *Disease Management. A Systems Approach to Improving Patient Outcomes*. Chicago, IL: American Hospital Publishing.
- Rechel, B., Dubois, C.-A. and McKee, M. (2006) *The Health Care Workforce in Europe: Learning From Experience*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe 2006, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Renders, C.M., Valk, G.D., Griffin, S. et al. (2001) Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings, *Cochrane Database Syst Rev*, 1: CD001481.
- Reynolds, M.W., Frame, D., Scheye, R. et al. (2004) A systematic review of the economic burden of chronic angina, *Am J Manag Care*, 10(Suppl): S347–57.
- Ritchie, C. (2007) Health care quality and multimorbidity, *Med Care*, 45: 477–9.
- Royston, G. (1998) Shifting the balance of healthcare into the 21st century, *Eur J Oper Res*, 105: 267–76.
- Safford, M., Allison, J. and Kiefe, C. (2007) Patient complexity: more than comorbidity. The vector model of complexity, *J Gen Intern Med*, 22(Suppl 3): 380–90.
- Schoen, C., Osborn, R., Doty, M. et al. (2007) Toward higher-performance health systems: adult health care experiences in seven countries, 2007, *Health Aff*, 26: w717–34.
- Seddon, M.E., Marshall, M.N., Campbell, S.M. and Roland, M.O. (2001) Systematic review of studies of quality of clinical care in general practice in the UK, Australia and New Zealand, *Qual Health Care*, 10: 152–8.
- Singh, D. (2005a) *Transforming Chronic Care. Evidence about Improving Care for People with Long-term Conditions*. Birmingham: University of Birmingham, Surrey and Sussex PCT Alliance.
- Singh, D. (2005b) *Which Staff Improve Care for People with Long-term Conditions? A Rapid Review of the Literature*. Birmingham: University of Birmingham and NHS Modernisation Agency.
- Singh, D. and Ham, C. (2006) *Improving Care for People with Long-term Conditions. A review of UK and International Frameworks*. Birmingham: University of Birmingham, NHS Institute for Innovation and Improvement.
- Stroetmann, V.N., Husing, T., Kubitschke, L. and Stroetmann, K.A. (2002) The attitudes, expectations and needs of elderly people in relation to e-health applications: results from a European survey, *J Telemed Telecare*, 8(Suppl 2): 82–4.
- Suhrcke, M., McKee, M., Sauto Arce, R., Tsoлова, S. and Mortensen, J. (2005) *The Contribution of Health to the Economy in the European Union*. Brussels: European Commission.
- Tinetti, M., Bogardus, S. and Agostini, J. (2004) Potential pitfalls of disease-specific guidelines for patients with multiple conditions, *N Engl J Med*, 351: 2870–4.

- TNS Opinion & Social (2007) *Health in the European Union. Special Eurobarometer 272e*. Brussels: European Commission.
- Tsai, A.C., Morton, S.C., Mangione, C.M. and Keeler, E.B. (2005) A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illnesses, *Am J Manag Care*, 11: 478–88.
- Unwin, N., Epping Jordan, J. and Bonita, R. (2004) Rethinking the terms non-communicable disease and chronic disease, *J Epidemiol Community Health*, 58: 801.
- Van den Akker, M., Buntinx, F., Metsemakers, J., Roos, S. and Knottnerus, J. (1998) Multi-morbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases, *J Clin Epidemiol*, 51: 367–75.
- Wagner, E.H., Austin, B.T. and Von Korff, M. (1996) Organizing care for patients with chronic illness, *Milbank Q*, 74: 511–44.
- Wagner, E.H., Davis, C., Schaefer, J., Von Korff, M. and Austin, B. (1999) A survey of leading chronic disease management programs: Are they consistent with the literature? *Manage Care Q*, 7: 56–66.
- Wanless, D. (2002) *Securing our Future Health: Taking a Long-term View*. London: HM Treasury.
- Weingarten, S.R., Henning, J.M., Badamgarav, E. et al. (2002) Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness: which ones work? Meta-analysis of published reports, *BMJ*, 325: 925.
- WHO (2003) *Adherence to Long-Term Therapies. Evidence for Action*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2002) *Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action*. Geneva: World Health Organization. (На русском языке: *Новаторские методы оказания помощи при хронических состояниях: основные элементы для действий*. – Всемирная организация здравоохранения, 2003 г.).
- Wilson, T, Buck, D. and Ham, C. (2005) Rising to the challenge: will the NHS support people with long-term conditions? *BMJ*, 330: 657–61.
- Wolff, J., Starfield, B. and Anderson, G.F. (2002) Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly, *Arch Intern Med*, 162: 2269–76.
- Yach, D., Hawkes, C., Gould, C.L. and Hofman, K.J. (2004) The global burden of chronic diseases: overcoming impediments to prevention and control, *JAMA*, 291: 2616–22.
- Zwar, N., Harris, M., Griffiths, R. et al. (2006) *A Systematic Review of Chronic Disease Management*. Sydney: Australian Primary Health Care Institute.

Бремя хронических болезней в Европе

Joceline Pomerleau, Cécile Knai u Ellen Nolte

Введение

Хронические заболевания представляют серьезную угрозу здоровью населения Европы и всего мира. Они являются важной причиной преждевременной смертности и, поскольку приводят также к инвалидности, существенно влияют на продолжительность полноценной жизни. По мере того, как население стареет, а новые методы лечения позволяют сохранять жизнь при заболеваниях, которые раньше считались неизлечимыми, во многих странах растет распространенность хронических заболеваний (Yach et al. 2004). Эта тенденция особенно четко прослеживается в Европе, где снижается фертильность; как следствие, существенно выросла доля людей, страдающих хроническими заболеваниями – во многих случаях несколькими сразу.

Оценке распространенности заболеваний в Европе и других регионах мира посвящен ряд докладов (WHO 2005a; WHO Regional Office for Europe 2005b; Mathers and Loncar 2006). В данной главе эта работа продолжена далее, с упором на некоторые хронические состояния, для того, чтобы обрисовать общую картину и выделить ключевые проблемы, связанные с количественной оценкой распространенности хронических заболеваний. Использован целый ряд источников, что способствует лучшему пониманию имеющихся данных. Хотя основное внимание в данной главе уделяется Европейскому региону, там, где это уместно, авторы обращаются и к данным по другим странам с высоким доходом. В заключение обсуждаются стратегии преодоления некоторых методологических проблем, возникающих при оценке бремени болезни.

Трудности, связанные с оценкой бремени болезни

Одной из основных трудностей при оценке бремени болезни является относительный дефицит сопоставимых и представительных данных. Зачастую оценки в значительной мере вынуждены опираться на данные по

смертности, поскольку они традиционно доступны в большинстве стран. Однако данные по смертности охватывают только те заболевания, которые приводят к смертельному исходу, и в них неизбежно занижается распространенность заболеваний, редко приводящих к такому исходу (например, психические заболевания), или тех, которые не указываются как непосредственная причина смерти, но вносят свой вклад в структуру смертности (например, сахарный диабет) (Jouglu et al. 1992).

Попытки преодолеть эти ограничения включают разработку обобщающих показателей, таких как число лет жизни, скорректированных с учетом нетрудоспособности (DALY), которые сочетают информацию о смертности и исходах заболеваний, не заканчивающихся смертью; этот подход получил развитие главным образом в Исследовании заболеваемости во всем мире (Murray et al. 2002). Индекс DALY представляет собой сумму потерянных лет жизни и лет, прожитых в состоянии нетрудоспособности. Бремя болезни показывает разрыв между текущим состоянием здоровья данной группы населения и в идеальной ситуации, когда каждый ее представитель достигает старости совершенно здоровым¹. Это дает возможность оценить вклад различных нарушений здоровья, в том числе хронических заболеваний, в общее бремя болезни в данной группе населения.

На практике оценки бремени болезни обычно включают лишь основные категории заболеваний — часто с использованием простейших классификаций, например, неинфекционные заболевания, инфекционные заболевания и травмы — или отдельные группы заболеваний внутри этих категорий (сердечно-сосудистые заболевания, злокачественные новообразования, сахарный диабет, ВИЧ/СПИД) (Mathers and Loncar 2006). Однако, хотя термин «хроническое заболевание» может рассматриваться как часть неинфекционных заболеваний, эти две категории ни в коем случае не являются тождественными². Так, неинфекционные заболевания включают также ряд острых заболеваний, а хронические заболевания могут включать некоторые инфекционные, такие как ВИЧ/СПИД. Поэтому оценка бремени хронических заболеваний в Европейском регионе на основании имеющихся данных по-прежнему сопряжена с трудностями.

В данной главе мы не пытаемся дать всеобъемлющее описание совокупного бремени хронических заболеваний в Европе. Вместо этого мы выделяем несколько заболеваний, которые ставят перед системами здравоохранения множество проблем. Это: **инсульт**, вносящий существенный вклад в смертность и заболеваемость и являющийся одной из основных причин длительной нетрудоспособности; **сахарный диабет**, резкий рост распространенности которого прогнозируется в ближайшие десятилетия; **хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)** и **бронхиальная астма** (ХОБЛ ранее занимала четвертое место среди основных причин смерти в мире, но их опасность до сих пор недооценивается; бронхиальная астма является самым распространенным хроническим заболеванием у детей) (Pauwels and Rabe 2004); **монополярная депрессия**, которая к 2020 г., по прогнозам, займет второе место по вкладу в глобальное бремя болезней. Мы осознаем, что исключили из рассмотрения другие важные хронические заболевания, такие как сердечная недостаточность, деменция, артриты или ХПН; в основном это объясняется трудностями при получении достоверной и сопоставимой информации, что можно проиллюстрировать на примерах сердечной недостаточности (вставка 2.1) и деменции (встав-

Вставка 2.1. Сердечная недостаточность

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) – сложный синдром, в основе которого лежит нарушение способности сердца поддерживать естественное кровообращение (Mosterd and Hoes 2007). Хронической сердечной недостаточности часто сопутствуют артериальная гипертензия и сахарный диабет. ХСН является значительной и растущей проблемой для общественного здравоохранения всех западных стран (Cowie et al. 1997; Mosterd and Hoes 2007). Однако осведомленность населения об этом заболевании остается низкой (Remme et al. 2005), а сравнимых и репрезентативных национальных данных по странам Европы мало (Mehta and Cowie 2006). В недавнем эпидемиологическом обзоре нет данных, которые говорили бы о снижении распространенности ХСН с 1980-х гг. (Mosterd and Hoes 2007), хотя смертность в последние годы, судя по всему, снизилась (Murdoch et al. 1998; Najafi et al. 2006). Истинные масштабы смертности от ХСН оценить трудно, поскольку официальная статистика довольно сильно занижает ее. Согласно оценкам, возможно, не менее трети смертей от ИБС на самом деле могут быть связаны с ХСН (Murdoch et al. 1998). В связи со старением населения и ростом выживаемости вследствие повышения качества лечения распространенность ХСН должна возрасти (Stewart et al. 2003). Это ставит перед системами здравоохранения серьезную проблему. В одном исследовании затраты на медицинскую помощь больным ХСН оцениваются приблизительно в 1–2% от бюджета здравоохранения промышленно развитых стран – величина, которая, скорее всего, будет увеличиваться, учитывая предполагаемый рост бремени ХСН (Bundkirchen and Schwinger 2004).

ка 2.2, см. ниже). Мы признаем также влияние на заболеваемость социально-экономических факторов, что зачастую проявляется сильнее на низших ступенях социальной лестницы (Marmot et al. 1991, 2001; Kaplan and Keil 1993). Однако ограниченный объем данной публикации и, что более существенно, недоступность данных по многим странам Европы не позволили нам подробно исследовать этот аспект темы.

Старение населения и хронические заболевания

Прежде чем приступить к подробному анализу бремени отдельных хронических заболеваний, важно отметить, что заболеваемость во всем мире меняется со временем (Mathers and Loncar 2006). Одним из факторов является меняющаяся возрастная структура населения. Во многих странах растет число пожилых и, в особенности, очень старых людей. По прогнозам, в Европе доля пожилых людей (65 лет и старше) должна увеличиться менее чем с 15% в 2000 г. до 23,5% к 2030 г. При этом ожидается, что доля лиц в возрасте 80 лет и старше увеличится почти вдвое (с 3% в 2000 г. до 6,4% в 2030 г.) (Kinsella and Phillips 2005). Вероятность развития хронических заболеваний, которые могут привести к инвалидности, с возрастом повышается из-за постоянного воздействия факторов риска в течение жизни (Ben-Shlomo and Kuh 2002; Janssen and Kunst 2005). Однако все больше данных подтверждают тезис, выдвинутый Fries (1983), о «сжатии заболе-

ваемости», согласно которому по мере того, как население начинает вести более здоровый образ жизни при продолжающемся прогрессе в области медицины, длительность болезни, предшествующей смерти, сокращается.

Исследования, проведенные в нескольких странах, показали, что люди действительно живут дольше, а продолжительность периодов болезни сокращается (Parker and Thorslund 2007). Например, из недавнего систематического обзора видно, что в 1990-е гг. инвалидность и функциональные ограничения среди людей старшего возраста в США неуклонно снижались (Freedman et al. 2002). Частично эти улучшения связаны с прогрессом в лечении, поскольку пожилым людям с множественными заболеваниями становится все легче вести деятельный образ жизни благодаря сложным сочетаниям разных видов лечения. Freedman et al. (2007) отметили, что в 1997–2004 гг. рост распространенности хронических заболеваний среди пожилых американцев (в возрасте 65 лет и старше) сопровождался снижением доли тех, кто сообщал об инвалидности, наступившей в результате этого. Аналогичные наблюдения сделаны в Швеции (Parker and Thorslund 2007). Таким образом, хотя уровень инвалидности может снижаться, распространенность других нарушений здоровья может расти.

Это подтверждают данные недавнего доклада ОЭСР, в котором исследовались тенденции, касающиеся распространенности (тяжелой) инвалидности, определяемой как одно или более ограничений в основных видах повседневной жизнедеятельности, среди тех, кому 65 лет и более (Lafortune et al. 2007). Для некоторых стран (Дания, Италия, Нидерланды, США и Финляндия) выявлено снижение уровня инвалидности, в Австралии и Канаде распространенность инвалидности не меняется, в то время как в других странах (Соединенное Королевство, Франция) данные были менее определенными или указывали на ее рост (Бельгия, Швеция). На основании ожидаемых демографических изменений, включающих старение населения и рост продолжительности жизни, анализ предсказывает к 2030 г. увеличение численности пожилых людей с тяжелой инвалидностью даже в тех странах, где в последние годы отмечается ее постоянное снижение. При этом относительный рост прогнозируемых величин оставался ниже, чем можно было бы ожидать при отсутствии изменений в текущих показателях распространенности по возрастным группам.

И все же, хотя старение населения является важным фактором роста распространенности хронических заболеваний, необходимо подчеркнуть, что восприятие этих заболеваний как «удела стариков» уже не соответствует действительности. Растет число молодых и среднего возраста людей с тем или иным хроническим нарушением здоровья. По оценкам, в 2002 г. 60% всех DALY, связанных с неинфекционными заболеваниями, приходилось на возраст до 60 лет (ВОЗ 2004а). Новейшие данные по США указывают на быстрый рост числа детей и подростков с хроническими заболеваниями с 1960-х гг. (Perrin et al. 2007), особенно вследствие растущего уровня ожирения. Рост распространенности хронических заболеваний у детей предполагает последующее увеличение показателей распространенности соответствующих заболеваний у взрослых (van der Lee et al. 2007).

Уже этот краткий очерк, показывающий, что старение населения является важным, хотя и не единственным фактором роста бремени хронических заболеваний, высвечивает множество проблем, с которыми сталки-

вается современное общество. В следующем разделе будут подробно рассмотрены конкретные хронические заболевания, чтобы лучше охарактеризовать сложную ситуацию, с которой необходимо справляться системам здравоохранения для эффективного противодействия росту распространенности хронических заболеваний в Европе и за ее пределами.

Бремя некоторых хронических заболеваний

Инсульт

Инсульт является одной из ведущих причин смерти во всем мире. В 2002 г. на его долю пришлось примерно 15% (11% у мужчин и 19% у женщин) всех смертей и приблизительно 7% (6 и 8%, соответственно) суммарной заболеваемости в Европе (WHO 2004a). Инсульт является ведущей неврологической причиной длительной инвалидности: свыше половины тех, кто еще жив через шесть месяцев после инсульта и зависит от других людей в повседневных видах жизнедеятельности (Wolfe 2000), и не менее четверти через три года после инсульта имеют среднюю или тяжелую степени инвалидности (Patel et al. 2006). Инсульт также связан с депрессией (Hackett et al. 2005) и увеличивает риск развития деменции (Liebtrau et al. 2003), падений и переломов (Poole et al. 2002), что еще больше повышает уровень заболеваемости и инвалидности.

Смертность от инсульта на протяжении большей части XX в. уменьшалась (Bonita 1992; Ebrahim and Harwood 1999). Причины этого до сих пор полностью не ясны. Одним из факторов считается снижение частоты инсульта; другим — увеличение выживаемости после инсульта, хотя данные об этом противоречивы (Thorvaldsen et al. 1997; Feigin et al. 2003). Данные Фрамингемского исследования, проведенного в США, указывают на снижение частоты инсульта за последние 50 лет, однако оно не сопровождалось снижением тяжести инсульта, а снижение смертности было значимым только для мужчин (Carandang et al. 2006). Снижение частоты инсульта связывали с изменениями в факторах риска, улучшениями в выявлении и диагностике инсульта, а также эффектом периода и когортным эффектом. Повышенное артериальное давление является основным поддающимся изменению фактором риска инсульта, и отмеченное снижение артериального давления среди молодежи с начала XX в. связывают с уменьшением частоты инсультов (McCarron et al. 2002), а также с совершенствованием методов снижения артериального давления (Rothwell et al. 2004).

Согласно новейшим прогнозам ВОЗ (WHO 2006a), в Европейском регионе смертность и заболеваемость, связанные с инсультом, к 2030 г. снизятся у обоих полов и во всех возрастных группах. Однако другие авторы полагают, что распространенность инсульта и суммарное бремя этого заболевания по населению будут возрастать и далее, поскольку пожилые люди более подвержены инсультам и являются наиболее быстро растущей частью населения (Feigin et al. 2003; Terent 2003; Carandang et al. 2006). Кроме того, появившиеся данные о том, что среднее артериальное давление у молодежи в таких странах, как США, вновь начало расти (Din-Dzietham et al. 2007), одновременно с ростом ожирения у детей в несколь-

ких странах, показывают, что благоприятные тенденции последнего времени могут не сохраниться. Недавний анализ показал, что каждый восьмой случай смерти от инсульта может быть связан с высоким уровнем глюкозы в крови (Danaei et al. 2006); это свидетельствует о том, что «эпидемия» сахарного диабета (о которой ниже) может в будущем повлиять и на частоту инсульта.

Из рис. 2.1 виден разброс в смертности и заболеваемости, вызванных инсультом, в некоторых европейских странах в 2002 г. Наиболее сильно затронуты страны, возникшие в результате распада Советского Союза: показатели смертности и DALY в Российской Федерации, Кыргызстане и Казахстане в 10 раз превышают показатели для Швейцарии, Израиля и Франции. Региональные вариации в частоте инсульта можно проиллюстрировать также данными об уровне потребления услуг здравоохранения, такими как число выписанных из стационара, показатель, который выше в Северо-Восточной и Центральной Европе. Так, в Беларуси, Венгрии и Литве 2005 г. этот показатель был очень высок (более 1000 выписанных из стационара на 100 000 населения), по сравнению с Соединенным Королевством, Нидерландами, Францией и Швейцарией (200–230 на 100 000 населения) (WHO 2007). Столь значительная разница, по-видимому, отражает более высокую частоту инсульта в некоторых странах, как, например, в Украине и Российской Федерации (Feigin et al. 2003). Однако данные о потреблении услуг здравоохранения, такие как число выписанных из стационара, сложно интерпретировать, отчасти из-за различий в определениях; например, важно, учитываются ли при этом койки для длительного ухода, что для таких, способных приводить к инвалидности, состояний как инсульт, скорее всего, отразится на показателях потребления услуг здравоохранения.

Последствия этого для систем здравоохранения достаточно значительны: недавний обзор данных о распространенности инсульта показал, что стандартизированная по возрасту, у лиц в возрасте 65 лет и старше она колеблется от 4,6% в некоторых регионах США (Feigin et al. 2003) до более 7% в л'Аквила (Италия) и Ньюкасле (Соединенное Королевство) (Feigin et al. 2003). Доля инсультов, связанных с инвалидностью или неврологическими нарушениями, варьирует от 55% всех случаев инсульта в Новой Зеландии до 77% в Йоркшире (Соединенное Королевство).

Сахарный диабет

Сахарный диабет представляет серьезную проблему во всем мире — им страдают около 180 млн людей (WHO 2006b). Хотя он не входит в число основных причин смерти в Европе, сахарный диабет существенно влияет на мировые показатели заболеваемости, поскольку, при отсутствии лечения, оказывает пагубное влияние на сердце, кровеносные сосуды, глаза, почки и нервы, приближая смерть и инвалидность от других заболеваний. В 2002 г. в Европе примерно 1,5% суммарного бремени болезни приходилось на сахарный диабет (1,2% для мужчин, 1,8% для женщин) (WHO 2004b). Количество DALY, потерянных из-за сахарного диабета, с возрастом увеличивается вплоть до 80 лет. До 60 лет сахарный диабет чаще встречается у мужчин, затем — у женщин.

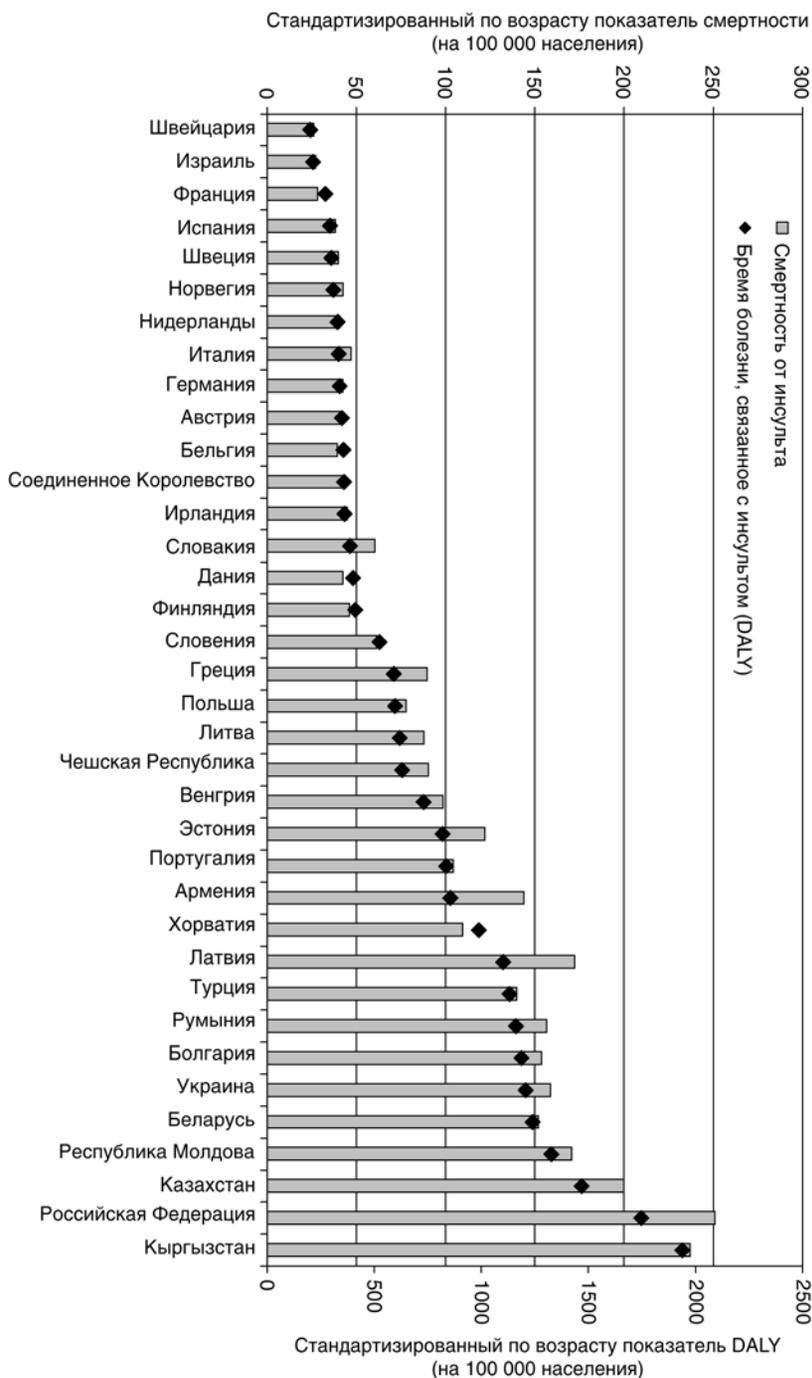


Рисунок 2.1. Смертность от инсульта и связанное с ним бремя болезни в некоторых странах Европейского региона ВОЗ, 2002 г.

Источник: WHO 2004b.

Распространенность сахарного диабета в мире в 2000 г. составила 2,8%; ожидается, что к 2030 г. она вырастет до 4,4% (Wild et al. 2004). В США скорректированный по возрасту показатель распространенности уже составляет 6,3% (Engelgau et al. 2004), и ожидается, что из рожденных в 2000 г. он рано или поздно разовьется у каждого третьего (Narayan et al. 2003). Этот рост в основном относится к диабету типа 2, хотя распространенность диабета типа 1 тоже быстро растет, примерно на 3% в год, особенно в странах Центральной и Восточной Европы и среди маленьких детей (Green and Patterson 2001).

В ближайшие 20 лет ожидается рост распространенности сахарного диабета в Европе (International Diabetes Federation 2003), частично как следствие роста распространенности ожирения. Существует четкая связь между ожирением, все чаще затрагивающим детей, и заболеваемостью сахарным диабетом типа 2 (Haines et al. 2007). Значительное относительное повышение распространенности сахарного диабета ожидается в странах, переживающих экономические перемены и изменения в структуре питания (Беларусь, Словения, Словакия, Чешская Республика, Польша и Турция), но также и в других странах, например в Швейцарии (International Diabetes Federation 2003).

В 2003 г. распространенность всех видов сахарного диабета в возрасте от 20 до 79 лет, согласно оценкам, колебалась примерно от 3,4% (Ирландия) до 10,2% (Германия) (рис. 2.2) (International Diabetes Federation 2003). От региона распространенность, по-видимому, не зависит — за исключением, возможно, сосредоточения относительно высокой распространенности в Центральной и Северо-Восточной Европе. Однако к данным, подобным тем, что представлены на рис. 2.2, нужно относиться с осторожностью, поскольку они базируются на исследованиях, в которых используются разные термины и диагностические критерии (самооценка больных, диагноз врача, лабораторная диагностика), а оценки не стандартизированы с учетом различий в возрастной структуре населения (International Diabetes Federation 2003).

Когортное исследование DECODE, охватившее в 1990-х гг. девять европейских стран, оценило распространенность сахарного диабета как менее 10% среди тех, кто моложе 60 лет, и 10–20% для лиц в возрасте 60–79 лет (DECODE Study Group 2003). Отметим, что исследование подтвердило предположение, что у лиц моложе 50 лет сахарный диабет часто остается нераспознанным, а это наводит на мысль, что «истинная» распространенность сахарного диабета в Европе выше, чем следует из приведенных оценок.

Бремя болезни и смертность, связанные с сахарным диабетом, в Европе очень разнятся. Стандартизированные по возрасту уровни смертности на 100 000 населения за 2002 г. колеблются от 4,0 (Греция) до 17,9 (Португалия). Более высокие показатели отмечены в Израиле (36,1) и Армении (46,8) (рис. 2.3; WHO 2004b). Однако необходимо отметить, что официальная статистика смертности от сахарного диабета, скорее всего, занижена по сравнению с «реальными» показателями для любой группы населения, поскольку сахарный диабет не всегда учитывается как причина смерти, особенно среди пожилых людей (Jouglu et al. 1992). Наиболее частая причина смерти у людей с сахарным диабетом — сердечно-сосудистые заболевания, на долю которых приходится до двух третей всех случаев смерти (Danai et al. 2006).

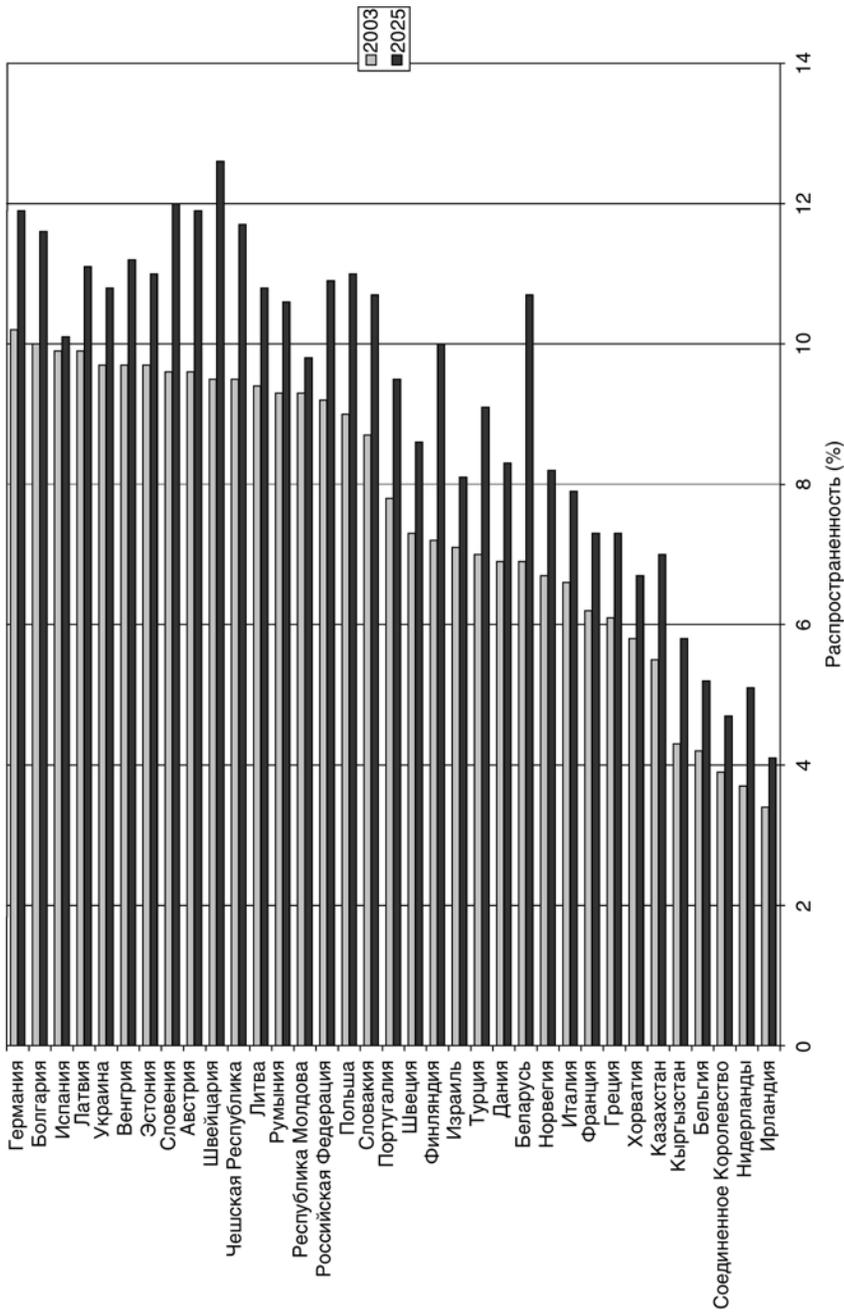


Рисунок 2.2. Расчетная и прогнозируемая распространенность сахарного диабета в 2003 и 2025 гг. в некоторых Европейских странах.

Источники: International Diabetes Federation 2003.

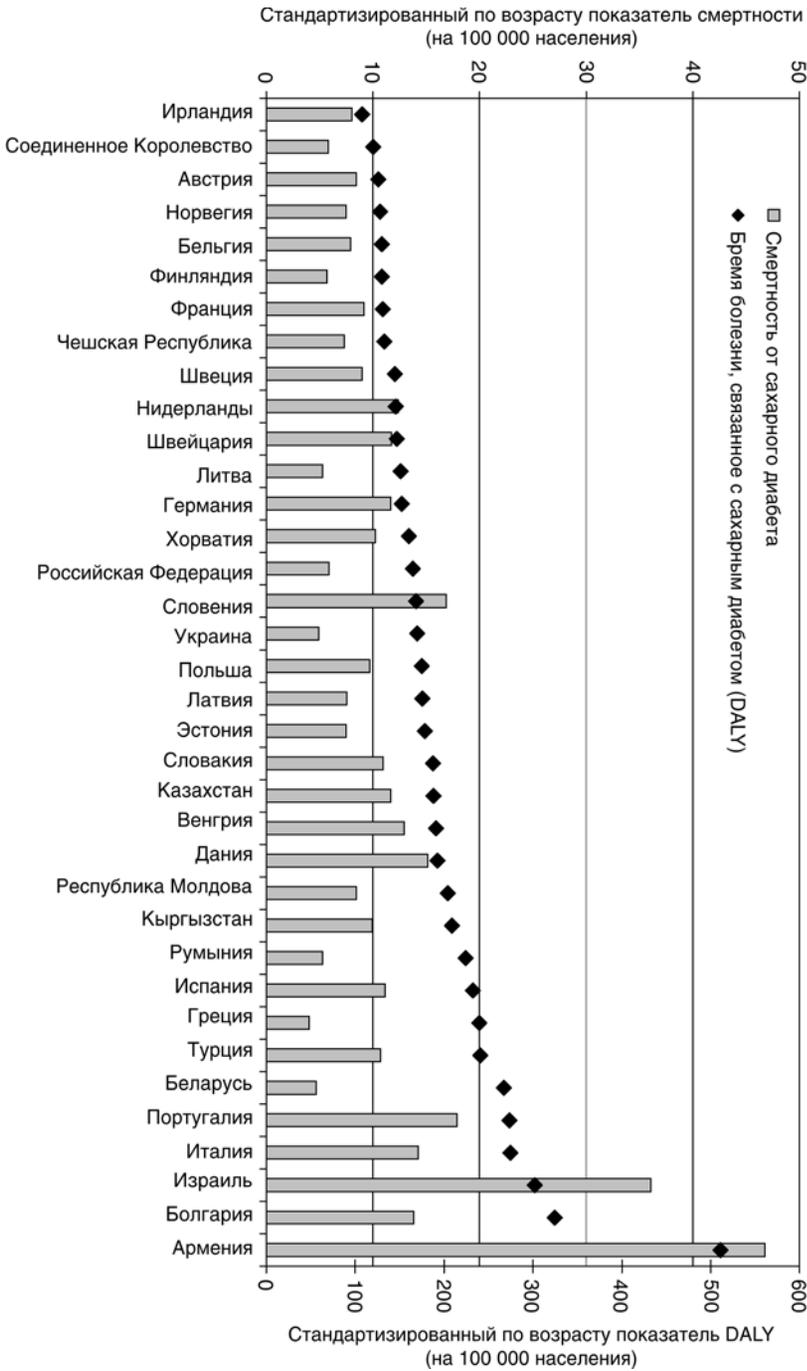


Рисунок 2.3. Смертность от сахарного диабета и связанное с ним бремя болезни в некоторых странах Европейского региона ВОЗ, 2002 г.

Источник: WHO 2004b.

Заболевания дыхательной системы

Заболевания дыхательной системы, особенно ХОБЛ и бронхиальная астма, ложатся тяжелым бременем на население многих стран и стоят в ряду основных причин преждевременной смерти в Европейском регионе. На долю этих заболеваний приходится более 4% всех смертей и суммарного бремени болезни в Европейском регионе ВОЗ (WHO 2004a).

Хроническая обструктивная болезнь легких

Термин ХОБЛ относится к заболеваниям, которые раньше называли хроническим бронхитом (воспаление и сужение дыхательных путей) и эмфиземой (ослабление структуры легкого) (Loddenkemper et al. 2003). С возрастом они встречаются все чаще, и сейчас занимают четвертое место среди причин смерти в мире (WHO 2006c). Смертность резко увеличивается с возрастом у обоих полов; среди мужчин она выше, чем среди женщин.

ХОБЛ широко распространена в Европе, но зачастую не диагностируется (Pauwels 2000; Pauwels and Rabe 2004), поскольку многие больные принимают затрудненное дыхание и снижение переносимости физических нагрузок за возрастные изменения, а кашель курильщиков считают нормой. В ходе проведенного в Манчестере (Соединенное Королевство) исследования, выявившего необратимую обструкцию бронхов у 11% взрослых старше 45 лет, отмечено, что у 65% из них не был поставлен диагноз ХОБЛ (Devereux 2006). В Западной Европе суммарная распространенность ХОБЛ (по данным спирометрии (измерения функции легких)) составила 4–11% в Дании (пациенты в возрасте 20–90 лет), Англии (60–75 лет), Финляндии (30 лет и старше), Италии (25 лет и старше), Норвегии (16–70 лет), Испании (40–69 лет) и Соединенном Королевстве (16–65 лет) (Devereux 2006; Halpin and Miravittles 2006). Данных по другим регионам Европы мало.

ХОБЛ серьезно сказывается на больных, снижая физические возможности и сопровождаясь симптомами, требующими частой госпитализации. По оценкам, количество DALY, связанное с ХОБЛ, составляет 393 на 100 000 населения, особенно высокие показатели характерны для тех, кому 70 лет и более (WHO 2004a). У мужчин в возрасте 60–79 лет они почти в два раза выше, чем у женщин, что отражает ведущую роль курения как фактора риска.

Смертность от ХОБЛ во всем мире растет, несмотря на успехи в лечении, достигнутые за последние десятилетия; в большинстве случаев диагноз ставится не ранее 55 лет (Halpin and Miravittles 2006). В Европе число смертей, вызванных ХОБЛ, как ожидается, вырастет с почти 270 000 в 2005 г. до более чем 338 000 к 2030 г., а общее бремя болезни, связанное с ХОБЛ, в абсолютном выражении снизится примерно с 3 440 000 до 2 950 000 DALY (WHO 2006a). Тем не менее и смертность, и количество DALY, как ожидается, во всех возрастных группах у обоих полов снизятся, за исключением женщин в возрасте 70 лет и старше, среди которых эти показатели возрастут.

Вклад ХОБЛ в суммарные показатели смертности и заболеваемости в европейских странах значительно варьирует (рис. 2.4). Например, в Латвии они вызывают примерно 5,1 случаев смерти и 70 DALY на 100 000 насе-

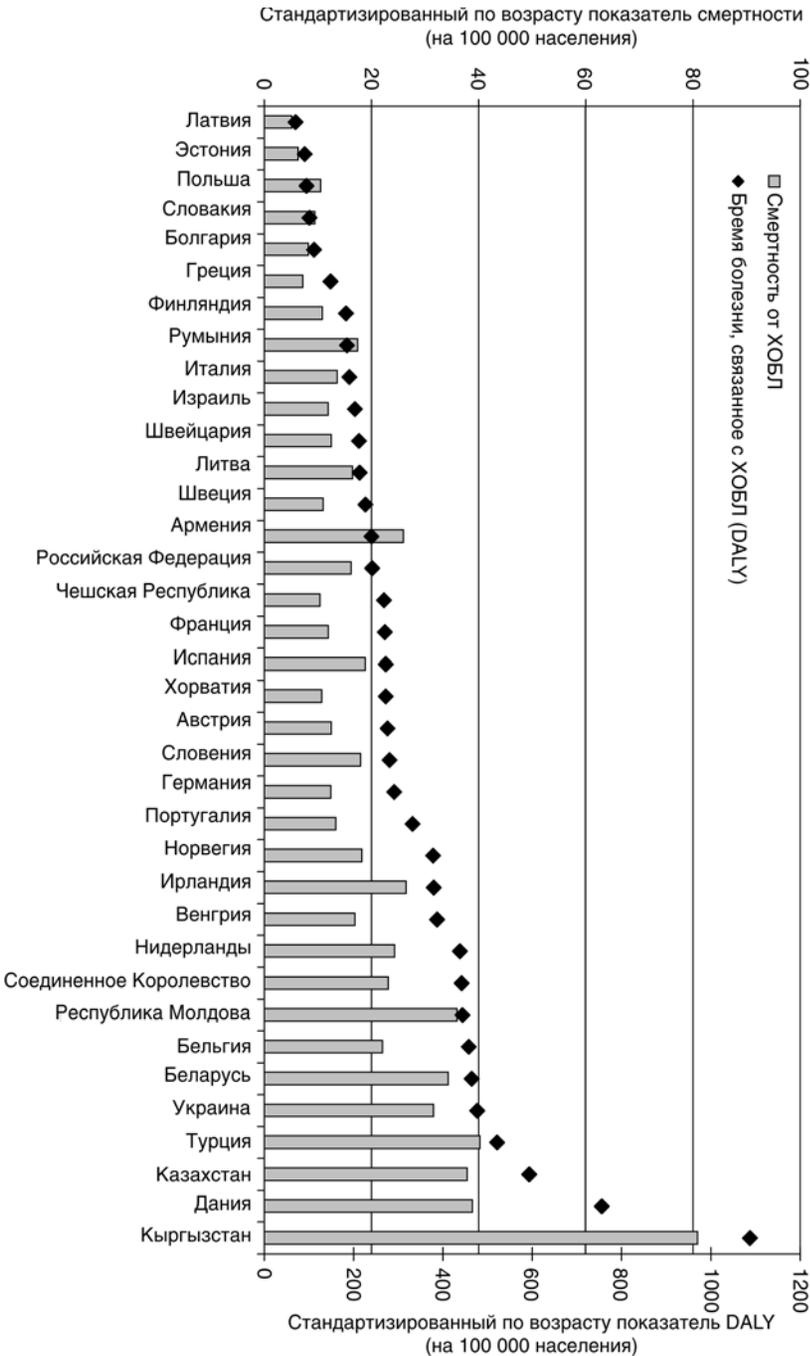


Рисунок 2.4. Смертность от хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и связанное с ней бремя болезни в некоторых странах Европейского региона ВОЗ, 2002 г.

Источник: WHO 2004b.

ления, а в Кыргызстане – 80,9 случаев смерти и 1 088 DALY на 100 000 населения.

Бронхиальная астма

Смертность от бронхиальной астмы относительно низка по сравнению с другими хроническими заболеваниями, однако, по оценкам, в ближайшие 10 лет она возрастет в мировом масштабе почти на 20%, если не будут приняты соответствующие меры (WHO 2006d).

В Европе бронхиальная астма является причиной примерно 0,4% всех смертей и 1% общего бремени болезни, что эквивалентно примерно 43 000 смертей и 1 358 000 DALY (WHO 2006a). Относительная значимость бронхиальной астмы растет с возрастом; и особенно страдают ею пожилые мужчины и женщины среднего возраста.

По имеющимся данным, около 30 млн чел. в Европейском регионе страдают бронхиальной астмой (Masoli et al. 2004). Распространенность клинически выраженной астмы (определяется нами как 50% от распространенности «свистящего дыхания» – со слов больных) за последние 12 мес у детей 13–14 лет варьирует примерно от 1,3 до 18,4% (рис. 2.5). В США распространенность бронхиальной астмы у детей и подростков составляет около 9%, что в два раза превышает показатели 1980-х гг. (Moogman et al. 2007). Эта тенденция важна для предсказания будущей заболеваемости, поскольку бронхиальная астма по крайней мере у 25% детей сохраняется и во взрослом возрасте (Sears et al. 2003).

Распространенность бронхиальной астмы у взрослых составляет 5–10% (Loddenkemper et al. 2003). Исследование, проведенное в Германии, Испании, Италии, Нидерландах, Соединенном Королевстве, Франции и Швеции, показало, что в среднем у 15,1% детей и 20,5% взрослых, страдающих этим заболеванием, оно протекает в тяжелой форме (Rabe et al. 2000). В этом случае стандартные методы лечения менее эффективны, осложнения наблюдаются чаще, а качество жизни ниже, чем у тех, чье заболевание адекватно контролируется терапией (ENFUMOSA-Study-Group 2003).

Оценки смертности и инвалидности, связанных с бронхиальной астмой в будущем, несколько отличаются от приведенных выше оценок для ХОБЛ. Что касается смертности, в период с 2005 по 2030 г. ожидается снижение уровня стандартизированных по возрасту показателей для обоих полов и всех возрастов, кроме мужчин старше 80 лет (WHO 2006a). Общие показатели заболеваемости у мужчин и женщин в возрасте 30 лет и старше, но не у более молодых, также должны снизиться. Ожидается рост DALY примерно на 1–2% у мальчиков и девочек в возрасте 0–4 года, на 3% в возрасте 5–14 лет и на 6–7% в возрасте 15–29 лет.

Стандартизированная по возрасту смертность и DALY, связанные с бронхиальной астмой, сильно различаются в разных странах Европы: смертность на 100 000 населения колеблется от 0,2 в Греции до 9,1 в Российской Федерации, а стандартизированный уровень DALY на 100 000 населения – от 66 в Румынии до более 330 в Соединенном Королевстве и Ирландии (рис. 2.6; WHO 2004b). В Докладе «Ущерб от бронхиальной астмы в мире» за 2004 г. (Masoli et al. 2004) сделан вывод, что самый высокий показатель смертности (число случаев смерти от бронхиальной астмы на 100 000 больных) в Европейском регионе ВОЗ наблюдается в республиках Центральной Азии.

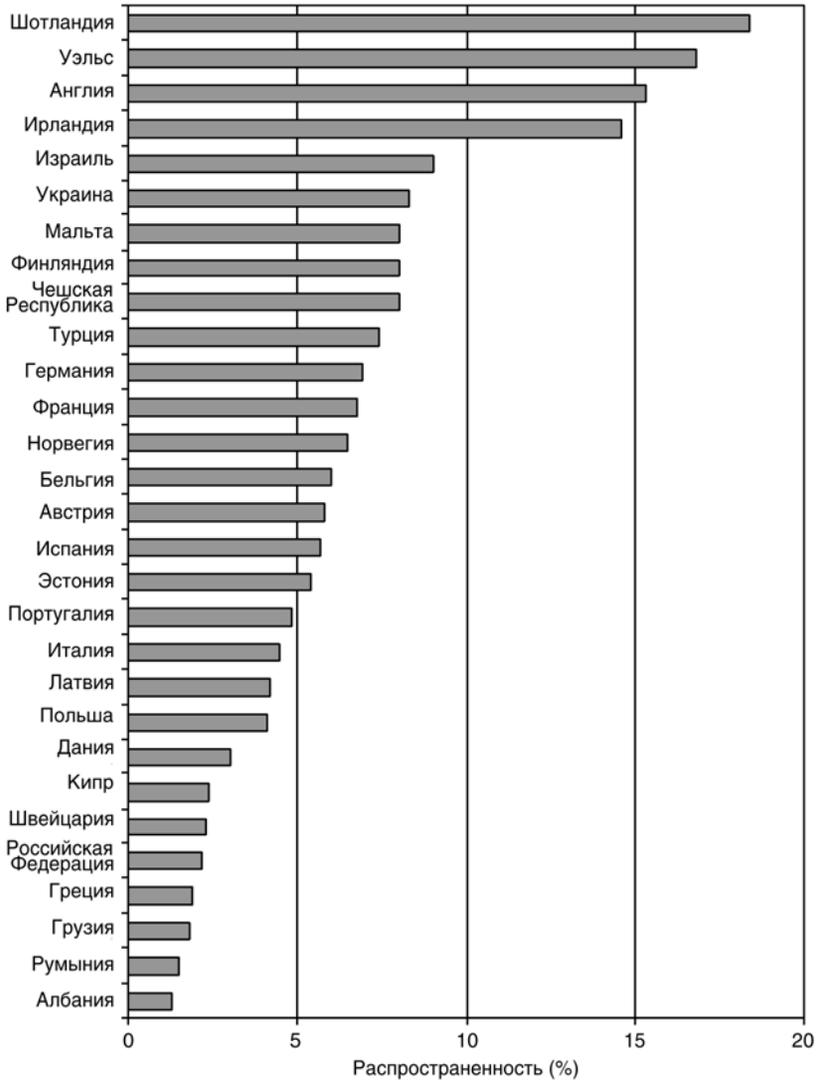


Рисунок 2.5. Распространенность клинически выраженной бронхиальной астмы в некоторых странах Европы.

Источник: Masoli et al. 2004.

Психические заболевания: монополярная депрессия

Распространенность психических заболеваний в Европейском регионе значительна (Anderson et al. 2001; Demyttenaere et al. 2004; Kessler et al. 2005; Kessler 2007). Самое частое из них – монополярная депрессия (см. также вставку 2.2). По оценкам, ежегодно тяжелый депрессивный эпизод переносят 33,4 млн европейцев, а на протяжении жизни депрессия развивается у каждого пятого (WHO 2003).

В Исследовании заболеваемости во всем мире проведена оценка общей

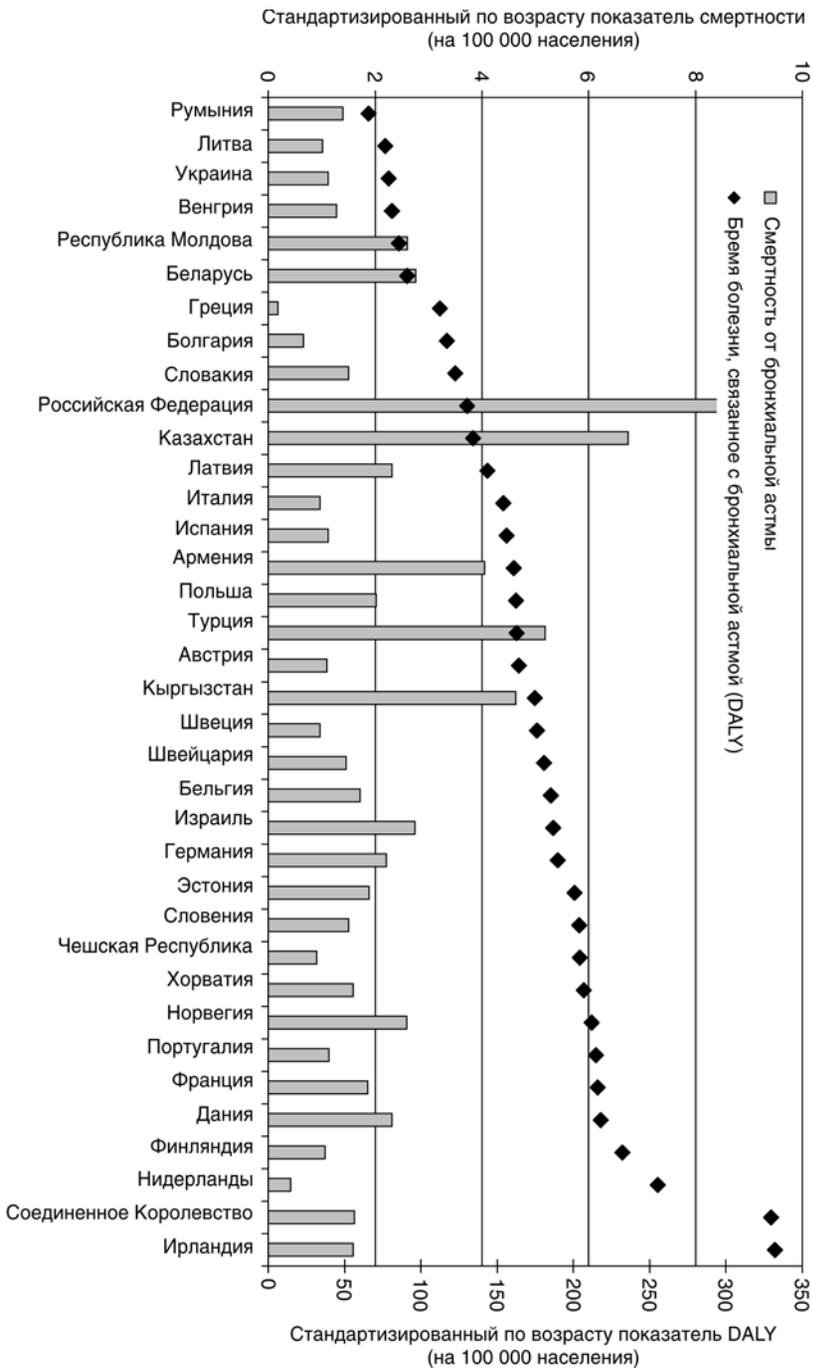


Рисунок 2.6. Смертность от бронхиальной астмы и связанное с ней бремя болезни в некоторых странах Европейского региона ВОЗ, 2002 г.

Источник: WHO 2004b.

Вставка 2.2. Деменция

Деменция встречается в Европе все чаще. Общий термин «деменция» относится к хроническим или прогрессирующим расстройствам кортикальной или субкортикальной функции, приводящим к сложным когнитивным нарушениям. Самой распространенной формой деменции в Европе и Северной Америке является болезнь Альцгеймера (Ritchie and Lovestone 2002). Деменция относится к наиболее важным причинам инвалидности у пожилых, и с ростом доли пожилых людей заболеваемость ею будет расти. По текущим оценкам, в Европе деменцией страдает 7,4 млн чел., что составляет 30% всех случаев в мире (Wimo et al. 2003). В развитых странах распространенность деменции у 65-летних оценивается в 1,5%, удваиваясь каждые четыре года и достигая 30% у 80-летних (Ritchie and Lovestone 2002). В Европе в 2000 г. распространенность деменции среди лиц в возрасте 65 лет и старше колебалась от 6% в Восточной Европе до 8% в Северной Европе (Wimo et al. 2003). Согласно более поздним оценкам, полученным методом Дельфи с привлечением международных экспертов, распространенность деменции среди лиц в возрасте 65 лет и старше составляет 3,8% в Восточной Европе и 5,4% в Западной Европе, несколько выше, чем в развитых странах западного Тихоокеанского региона (4,2%), но ниже, чем в Северной Америке (6,4%) (Ferri et al. 2005). Ferri et al. (2005) предсказывают рост числа больных деменцией (в возрасте 60 лет и старше) в Европе с 7,7 млн в 2001 г. до 10,8 млн в 2020 г. (в различных частях Европы прирост составит 31–51%), что согласуется с результатами других исследований. Причины деменции до сих пор недостаточно ясны. Установленные факторы риска включают пожилой возраст, наличие деменции у одного из членов семьи и генетическую предрасположенность (Ritchie and Lovestone 2002). Недавно повышенный риск деменции связали с повышением индекса массы тела (Gorogpe and Dave 2006). Если этот вывод подтвердится, он будет иметь значительные последствия в будущем, учитывая растущее число людей, страдающих ожирением.

заболеваемости и распространенности монополярной депрессии в Европе на 2000 г. (Ustun et al. 2004). Несмотря на невысокую точность оценок, они дают полезную информацию по региону. Стандартизированная по возрасту частота тяжелых депрессивных эпизодов выше всего в Юго-Восточной Европе, на Кавказе и в Центральной Азии, как среди мужчин, так и среди женщин, составляя 3 286 и 5 353 на 100 000 населения, соответственно. У мужчин этот показатель был несколько ниже в странах Балтии и Северо-Восточной Европы (2 923 на 100 000 населения) и самым низким – в Южной и Западной Европе, странах Северной Европы и некоторых странах Центральной Европы (2 610 на 100 000 населения). У женщин частота депрессивных эпизодов в этих регионах была почти одинаковой – 4 470 и 4 482 на 100 000 населения, соответственно – и значительно выше, чем у мужчин (Ustun et al. 2004).

В Европе психическими заболеваниями все чаще страдают дети и подростки (WHO 2003). Это особенно тревожно, поскольку сейчас установлено, что начало многих психических заболеваний, наблюдающихся у взрослых, коренится в детстве. Согласно оценкам, почти 2 млн молодых людей в Европейском регионе страдают от различных психических забо-

леваний, начиная от депрессии и кончая шизофренией. Примерно у 4% детей в возрасте 12–17 лет и у 9% в возрасте 18 лет наблюдается депрессия (WHO 2005c). У молодежи депрессия ведет к самоубийствам, которые во многих странах являются серьезной проблемой и стоят на третьем месте среди основных причин смертности среди молодежи. В некоторых группах населения, например, среди мужчин в странах Восточной Европы, риск самоубийства особенно высок; риск самоубийств среди подростков растет также в Западной Европе (WHO 2005c).

В 2002 г. на долю монополярной депрессии приходилось 6,2% общей заболеваемости (1 064 DALY на 100 000 населения), но всего 0,02% случаев смерти (0,21 случая смерти на 100 000 населения) (WHO 2004a).

Согласно прогнозам, стандартизированные по возрасту уровни смертности для монополярной депрессии между 2005 и 2030 гг. могут немного снизиться как для мужчин, так и для женщин (от 0,15 до 0,13 на 100 000 населения). Однако с учетом высокой заболеваемости бремя болезни для монополярной депрессии возрастет для обоих полов (стандартизированный по возрасту показатель в пересчете на 100 000 населения у мужчин с 777 до 785, у женщин с 1 312 до 1 337) (WHO 2006a).

На рис. 2.7 приведены данные по бремени монополярной депрессии в странах Европы. Число скорректированных по возрасту DALY на 100 000 населения колеблется от 660 до 1 430. Самые низкие показатели — в Испании и Греции (меньше 700), самые высокие — в Финляндии, Израиле, Словении, Бельгии и Франции (более 1 250) (WHO 2004b).

Оценки распространенности зависят от различий в определениях заболеваний, инструментов оценки и исследуемых групп населения. Объединенный анализ популяционных исследований в пяти европейских странах позволил оценить распространенность депрессивных расстройств у взрослых в возрасте 18–65 лет как 8,6% (6,6% у мужчин и 10,1% у женщин) (Ayuso-Mateos et al. 2001). Оценки частоты депрессивных эпизодов за 12 мес среди работающего населения в 13 европейских странах колебались от 3,2% в Италии до 10,1% в Норвегии, с «общеевропейской» медианой в 6,9% (Sobocki et al. 2006). Распространенность стабильно выше для женщин и слегка меняется с возрастом; общеевропейская медиана составляет 5,8% у мужчин и 8,3% у женщин в возрасте 18–34 лет; 5,2% у мужчин и 8,5% у женщин в возрасте 35–49 лет. В возрастной группе 50–64 лет распространенность снижается, составляя 3,4% у мужчин и 6,6% у женщин.

Наличие множественных заболеваний (полиморбидность)

В предыдущих разделах приведены данные о нынешнем и прогнозируемом бремени болезни для целого ряда ведущих хронических заболеваний. Однако, как уже отмечено выше, важно осознавать, что эти заболевания зачастую существуют не изолированно. Рост продолжительности жизни в сочетании с достижениями медицины приводит к увеличению числа людей с множественными патологиями, что создает целый ряд различных, временами противоречивых, потребностей, ставящих перед больными и перед системами здравоохранения серьезные проблемы (Piette et al. 2004). Например, депрессия и артрит при сахарном диабете нарушают нормаль-

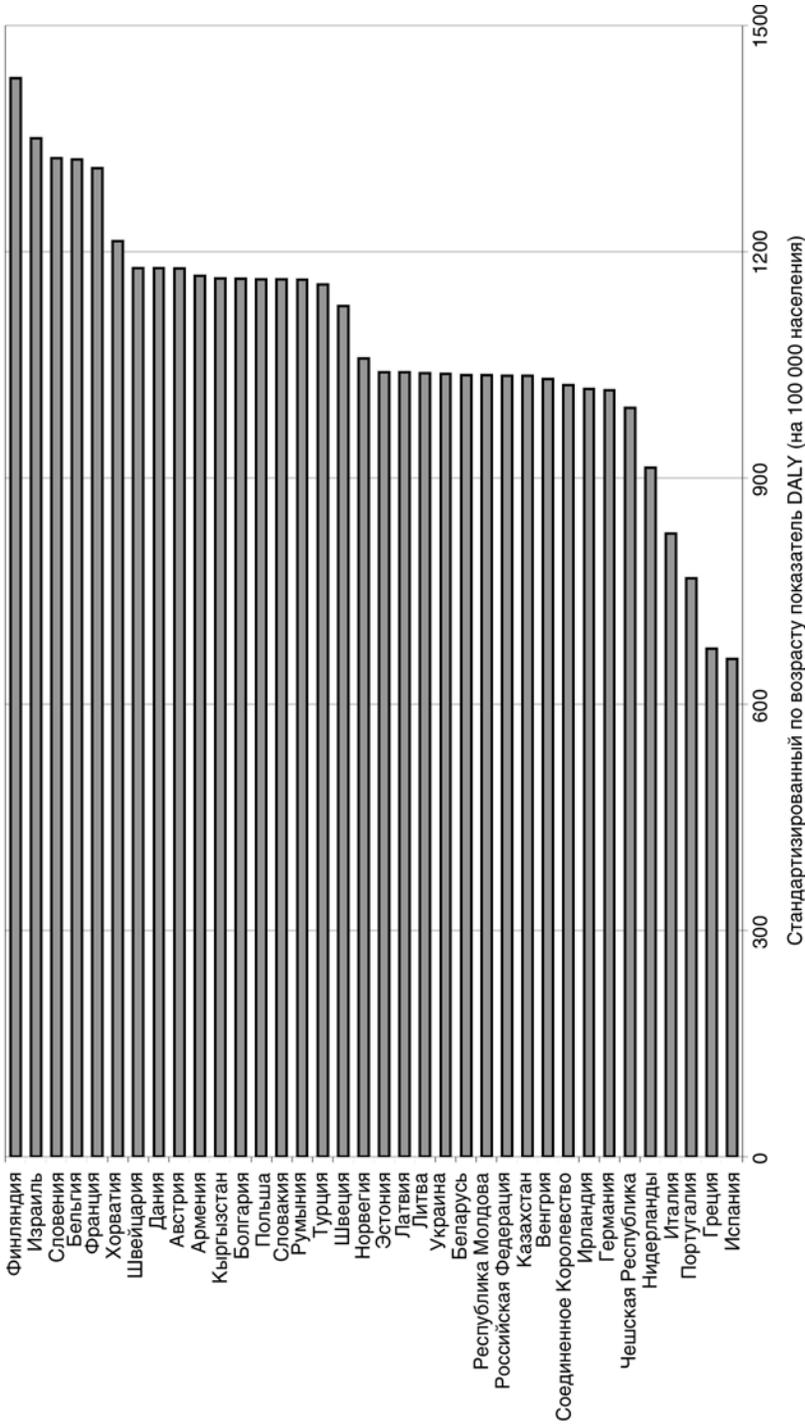


Рисунок 2.7. Бремя болезни, связанное с монополярной депрессией, в некоторых странах Европейского региона ВОЗ, 2002 г.
 Источник: WHO 2004b.

ную жизненную активность и создают значительные препятствия для смены образа жизни и соблюдения режима терапии (Piette and Kerr 2006).

Полиморбидность определяется как одновременное наличие нескольких медицинских заболеваний у одного человека (Fortin et al. 2005). Часто употребляется также термин «коморбидность», хотя последний относится в первую очередь к заболеваниям, развивающимся как последствия одного, основного, заболевания, например, сахарного диабета (Feinstein 1970) (впрочем, другими авторами предлагались иные классификации; см., напр.: Piette and Kerr 2006 и van Weel and Schellevis 2006). Однако эпидемиологических данных в любом случае очень мало, что затрудняет всестороннюю оценку масштаба проблемы.

Недавний обзор имеющихся данных демонстрирует широкий разброс в оценках показателей полиморбидности в четырех промышленно развитых странах в 1990-х гг., хотя проводить сравнения трудно из-за различий в источниках информации – например, опросы населения или же использование административных баз данных – и в охваченных возрастных группах (Fortin et al. 2005). С учетом этих ограничений, среди лиц в возрасте 65 лет и старше наличие двух и более хронических заболеваний наблюдалось по меньшей мере у 50%, значительно повышаясь с возрастом. В рамках обзора был проведен также отдельный анализ данных, полученных от семейных врачей в Квебеке (Канада), согласно которому, два или более хронических заболеваний наблюдаются у 69% лиц в возрасте 18–44 лет, 93% – в возрасте 45–64 лет и 99% – в возрасте 65 лет и старше. Найдено, что почти у половины больных в возрасте 45–64 лет имелось пять или более хронических заболеваний (Fortin et al. 2005). Эти высокие на первый взгляд показатели можно, по крайней мере частично, объяснить дизайном исследования (сбор данных проводился в системе первичной медицинской помощи).

Напротив, согласно данным популяционного исследования, проведенного в 1990-х гг. в восьми странах, доля тех, у кого имелось одно хроническое заболевание (со слов больных в возрасте 18 лет и старше), варьировала от 14% в Нидерландах до 28–29% во Франции и Норвегии (обобщенный показатель для восьми стран – 25%) (Alonso et al. 2004). О двух хронических заболеваниях сообщили от 7% больных в Нидерландах до 18% в Италии и США (обобщенный показатель – 13%). Эти цифры гораздо ниже, чем полученные Fortin et al. (2005). Первое исследование опиралось на данные, предоставленными самими больными, а кроме того, как «хроническое заболевание» в нем рассматривался лишь ограниченный перечень нарушений здоровья (Alonso et al. 2004). В канадском исследовании рассматривался гораздо более широкий спектр заболеваний; кроме того, источником информации служили люди, обратившиеся к врачу, что могло привести к завышению показателей полиморбидности по населению в целом.

Дополнительные данные о масштабах полиморбидности можно найти в исследованиях, посвященных отдельным странам и опубликованных в сопроводительном томе, выходящем одновременно с этой книгой, хотя, как указывалось выше, методологические ограничения затрудняют их сравнение. Они не отличаются от данных, опубликованных Alonso et al. (2004) и Fortin et al. (2005). Например, в Нидерландах 61% мужчин в возрасте 60–79 лет сообщали о наличии хотя бы двух хронических заболева-

ний (в среднем 2,4). Среди мужчин в возрасте 80 лет и старше доля таких больных возрастала до 74% (в среднем 3,2) (van den Jeths et al. 2004). В Германии примерно у 62% лиц в возрасте 55–69 лет имеется по крайней мере два хронических заболевания, и доля таких людей возрастает до 80% среди тех, кому 70–85 лет (рис. 2.8).

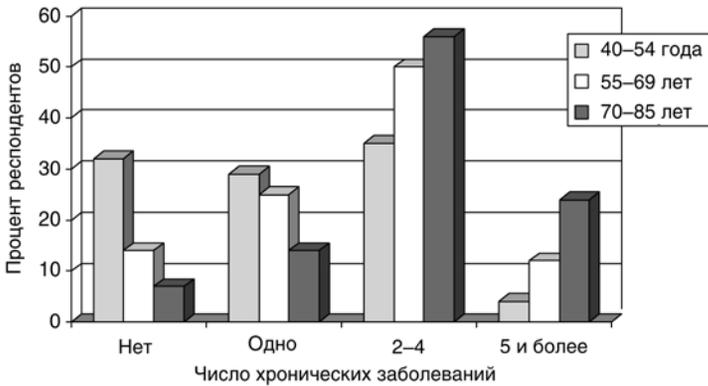


Рисунок 2.8. Распространенность множественных хронических заболеваний в Германии, 2002 г.

Источник: Deutsche Zentrum für Altersfragen 2005.

Интерпретация данных

Эта глава в своей оценке картины заболеваемости в Европе в значительной степени опирается на статистику смертности. Преимуществом является то, что данные по смертности в большинстве стран обычно доступны, и что смерть является уникальным, четко определенным событием (Ruzicka and Lopez 1990). Есть, однако, важные оговорки относительно статистики смертности, касающиеся надежности и полноты данных, как по смертности, так и по базовым характеристикам населения. Хотя в Европейском регионе статистика смертности в целом считается достоверной, в некоторых странах с переходной экономикой есть трудности с полнотой регистрации всех случаев смерти — главным образом это относится к наименее развитым странам Центральной Азии (McKee and Chenet 2002) и регионам, затронутым войнами, таким как Кавказ (Badurashvili et al. 2001) и Юго-Восточная Европа (Bozicevic et al. 2001). С 1990-х гг. произошли некоторые улучшения, но проблемы еще остаются; последние оценки полноты данных по смертности в системах регистрации актов гражданского состояния колеблются от 60% в Албании и 66–75% на Кавказе до 84–89% в Казахстане и Кыргызстане (Mathers et al. 2005). Эти оценки касаются только взрослой смертности, полнота регистрации детской смертности остается недостаточной во многих странах региона. Кроме того, в нескольких странах системы регистрации актов гражданского состояния охватывают не все население — некоторые географические области исключены из них, такие как Чеченская Республика в Российской Федерации или регион Приднестровья в Республике Молдова (WHO 2007).

Важно, однако, как указывалось выше, что данные о смертности охватывают только те причины заболеваемости, которые ведут к летальному исходу, а потому лишь приблизительно отражают бремя болезни в данной выборке. Это происходит потому, что доступные для статистического анализа данные о смертности обычно учитывают только одну причину смерти (Kelson and Farebrother 1987; Mackenbach et al. 1987). Это создает сложности при установлении причин смерти в пожилом возрасте, когда одновременно имеется несколько заболеваний, и считать причиной смерти лишь одно из них практически невозможно. Хотя методологически это более сложно, применение нескольких кодов, указывающих все значимые причины смерти, может обеспечить более полное освещение вопроса и облегчить исследование взаимосвязей между заболеваниями (Jouglu et al. 2001). Таким образом, оценка «истинного» уровня смертности от хронических заболеваний в Европейском регионе, если она будет базироваться на статистических данных в том формате, в котором они существуют сейчас, останется сложной задачей.

В отличие от смертности, стандартный набор данных по заболеваемости, таких, как частота и распространенность заболевания, остается относительно скудным, за исключением, пожалуй, инфекционных заболеваний, которые обычно попадают в национальные системы наблюдения и контроля, хотя и в разной степени (MacLehose et al. 2002). Информация о распространенности хронических заболеваний часто исчерпывается местными исследованиями, такими как проект ВОЗ MONICA, или реестрами по конкретным заболеваниям, например, злокачественным опухолям. Эти источники могут содержать полезную дополнительную информацию, но иногда вводят в заблуждение, например, в тех случаях, когда охватывают не все население. Результаты же популяционных исследований зачастую нельзя сравнивать между регионами, и даже когда это удастся, они обычно отражают только ситуацию с населением «в целом», не охватывая определенные группы, например, находящиеся в специализированных учреждениях или труднодоступные.

Оценки распространенности или заболеваемости зависят также и от критериев, по которым определяется нарушение здоровья. Например, в рамках исследования DECODE изучалось влияние различных методов диагностики на оценки распространенности сахарного диабета и нарушения толерантности к глюкозе в 13 группах населения девяти европейских стран (DECODE Study Group 2003). Найдено, что использование уровня глюкозы натощак в качестве единственного диагностического критерия может привести к занижению распространенности обоих нарушений здоровья в некоторых группах населения, особенно у женщин и у пожилых мужчин. Аналогичным образом, до сих пор нет единого мнения по вопросу о точном определении ХОБЛ, поскольку это один из случаев полиморбидности. Таким образом, хотя в целом считается, что диагноз ХОБЛ должен ставиться по результатам спирометрии, критерии, по которым определяют обструкцию дыхательных путей, различны, что может приводить к расхождению оценок на 200% (Celli et al. 2003). Кроме того, диагностике мешает сходство симптомов бронхиальной астмы и ХОБЛ, и то, что во многих случаях они встречаются одновременно.

Оценка «истинного» бремени болезни особенно сложна для тех заболеваний, которые трудно выявить, как в случае деменции. Во многих случа-

ях на ранней стадии деменцию не диагностируют. Например, в Соединенном Королевстве лишь от трети до половины больных в конечном счете ставят формальный диагноз (National Audit Office 2007). Основными препятствиями, затрудняющими раннюю диагностику, являются страх и неосведомленность больных о своей болезни, а также отношение врачей, а именно, ощущение, что мало что можно сделать, и недостаток настойчивости при обследовании и лечении.

Что касается полиморбидности, нет единого мнения о том, как ее оценивать, и, что важнее, большинство оценок основывается на простом подсчете числа заболеваний без учета их тяжести (Fortin et al. 2005). Однако именно эта информация является ключевой для определения «истинного» бремени болезней при планировании медицинской помощи.

Путь вперед

В этой главе рассмотрены многие проблемы, связанные с оценкой и сопоставлением величины, распределения и характера бремени хронических болезней в Европе. Безусловно, необходимо и далее искать решения технических и методологических проблем и обеспечивать разработку и получение надежных, последовательных индикаторов, необходимых для разработки методов борьбы с хроническими заболеваниями в Европе и других регионах мира. Такие инициативы, как Европейская система исследований здоровья населения, в настоящее время развернутая Европейским статистическим агентством (Eurostat) и Генеральным директоратом Европейской комиссии по здравоохранению и защите потребителей, указывают путь вперед. Важным шагом в этом направлении стал последний специальный доклад фонда «Евробарометр» «Здоровье в Европейском союзе» (European Commission 2004, 2007), несмотря на небольшой размер выборки и малую представительность данных по каждой стране. Чтобы оценить прогресс и качество деятельности систем здравоохранения, правительства и международные агентства, а также гражданское общество, благотворительные организации, ученые и население в целом нуждаются в большей прозрачности и подотчетности. Для этого необходима информация, не ограничивающаяся простой описательной статистикой и позволяющая учесть такие аспекты деятельности системы здравоохранения, как качество, эффективность, справедливость, а также количественно оценить факторы неопределенности.

Первичный сбор данных по хроническим заболеваниям особенно важен для того, чтобы оценить бремя болезни в определенной группе населения и на этой основе разработать соответствующие меры профилактики и лечения. Низкое качество и малая доступность медицинской статистики, возможно, связаны с недостаточно качественными методами оценки, неудовлетворительными методами сбора данных, а также отсутствием методов анализа и расчета сопоставимых оценочных показателей (Voegma and Stansfield 2007). Некоторым хроническим заболеваниям и их факторам риска недостает соответствующего критерия, который можно использовать в исследованиях для оценки распространенности заболевания (Voegma and Stansfield 2007). При обсуждении проекта ISARE по созданию базы данных различных медицинских, демографических и социаль-

но-экономических показателей на субнациональном уровне в Европе, Wilkinson et al. (2008) отметили трудности, возникающие при сборе данных даже при готовности это сделать.

В работе Murray (2007) сформулированы вопросы, которые должны быть решены для того, чтобы данные медицинской статистики использовались надлежащим образом. Необходимо приложить усилия к улучшению качества измерения небольшого набора приоритетных показателей для того, чтобы повысить их политическую заметность при максимально эффективном использовании ограниченных ресурсов. Определение «приоритетных показателей» должно соответствовать определенным критериям, касающимся их ценности для разработки политики здравоохранения. Должно быть ясно, что именно отражает предложенный показатель; его значимость для государственного здравоохранения; насколько хорошо он отражает представляющие интерес количественные параметры; простота его истолкования; наличие практической методики измерения; объективность (Murray 2007).

У Murray (2007) предложено также проводить четкие аудиторские проверки данных, чтобы разрешить связанные с медицинской статистикой споры, повысить прозрачность и содействовать более эффективному сбору первичных данных и его анализу. Результаты аудиторских проверок должны быть общедоступными и обеспечить открытость процесса сбора первичных данных, их последующей корректировки, выбора моделей, включая используемые для прогнозов независимые переменные, и всей остальной документации, необходимой для понимания данных, представленных общественности.

Однако, хотя совершенствование систем сбора данных и методологических подходов к преодолению их неизбежного недостатка, безусловно, является важным шагом вперед при оценке «истинного» бремени болезней, необходимо подчеркнуть, что простого создания информационных систем здравоохранения недостаточно. Необходима готовность руководителей здравоохранения вкладывать средства в «интеллект», т. е. в систему, где накопление, обобщение и внедрение информации жестко интегрированы в систему здравоохранения с целью обеспечить систематическую и всестороннюю оценку потребностей населения, связанных со здоровьем, и помочь разработать стратегический ответ на увеличение бремени хронических заболеваний в Европе и других регионах мира.

Выводы

Эта глава посвящена тому значительному вкладу, который хронические заболевания вносят в общее бремя болезни и смертности в Европейском регионе ВОЗ. Сердечно-сосудистые заболевания и *злокачественные опухоли* продолжают оставаться ведущими причинами смертности в регионе, а бремя таких сложных состояний, как сахарный диабет и депрессия, согласно прогнозам, будет становиться все более тяжелым и дорогостоящим; в этой обстановке еще более острой становится потребность в достоверных, точных и сопоставимых данных для разработки политических мер на местном и общенациональном уровне. В условиях демографических изменений и растущего осознания связанных с хроническими забо-

леваниями потерь для здоровья и общества, еще важнее становится преодоление методологических трудностей, связанных с оценкой и постоянным наблюдением за бременем хронических заболеваний.

Примечания

1. Оценки бремени болезни базируются на ряде допущений; их недостатки подробно обсуждаются в других публикациях (Lopez et al. 2006; Mathers and Loncar 2006). Основной вопрос — как определить и чем измерить инвалидность, а затем как выбирать весовые коэффициенты для определенных состояний здоровья. Весовые коэффициенты вводятся для того, чтобы заболевания, приводящие к инвалидности, но редко — к смерти (особенно психические заболевания), оценивались бы как более важные, чем если бы учитывалась только смертность. С этим связан вопрос о ценности года жизни на разных этапах жизни. Так, Исследование заболеваемости во всем мире присваивает году жизни молодых взрослых более высокий коэффициент, чем году жизни детей или пожилых людей. Результатом является снижение бремени болезни, связанного с детской смертностью.
2. Здесь мы используем определение, введенное авторами словаря, разработанного Национальной медицинской библиотекой США и используемого для индексирования статей: хронические заболевания — «те, к которым относятся одна или несколько следующих характеристик: они носят постоянный характер, приводят к остаточной нетрудоспособности, вызываются необратимыми патологическими изменениями, требуют специального обучения больного для реабилитации либо могут требовать длительного периода надзора, наблюдения или помощи» (Timmreck 1986). Это определение охватывает целый ряд нарушений здоровья, таких как сахарный диабет, инсульт, ИБС, депрессию, ХОБЛ, прогрессирующий рассеянный склероз, хроническую сердечную и почечную недостаточность, ВИЧ/СПИД. Злокачественные опухоли в этот список обычно не входят из-за того, что, как правило, не носят характера хронического заболевания; тем не менее, с появлением эффективных методов лечения это меняется, и в настоящее время ВОЗ (WHO 2005a) с полной определенностью рассматривает злокачественные опухоли как хронические заболевания.

Литература

- Alonso, J., Ferrer, M., Gandeck, B. et al. (2004) Health-related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA) project, *Qual Life Res*, 13: 282–98.
- Anderson, R., Minimo, A., Hoyert, D. and Rosenberg, H. (2001) *Comparability of Cause of Death Between ICD-9 and ICD-10: Preliminary Estimates. National Vital Statistics Report*, Vol. 49/2. Maryland, MD: National Center for Health Statistics.
- Ayuso-Mateos, J.L., Vasquez-Barquero, J.L., Dowrick, C. et al. (2001) Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study, *Br J Psychiatry*, 179: 308–16.
- Badurashvili, I., McKee, M., Tsuladze, G. et al. (2001) Where there are no data: what has happened to life expectancy in Georgia since 1990? *Public Health*, 115: 394–400.
- Ben-Shlomo, Y. and Kuh, D. (2002) A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges, and interdisciplinary perspectives, *Int J Epidemiol*, 31: 285–93.
- Boerma, J. and Stansfield, S. (2007) Health statistics now: are we making the right investments? *Lancet*, 369: 779–86.
- Bonita, R. (1992) Epidemiology of stroke, *Lancet*, 339: 342–4.

- Bozicevic, I., Oreskovic, S., Stevanovic, R. et al. (2001) What is happening to the health of the Croatian population? *Croat Med J* 42: 601–5.
- Bundkirchen, A. and Schwinger, R. (2004) Epidemiology and economic burden of chronic heart failure, *Eur Heart J Suppl*, 6(D): 57–60.
- Carandang, R., Seshadri, S., Beiser, A. et al. (2006) Trends in incidence, lifetime risk, severity, and 30-day mortality of stroke over the past 50 years, *JAMA*, 296: 2939–46.
- Celli, B., Halbert, R., Isonaka, S. and Schau, B. (2003) Population impact of different definitions of airway obstruction, *Eur Respir J*, 22: 268–73.
- Cowie, M., Mosterd, A. and Wood, D. (1997) The epidemiology of heart failure, *Eur Heart J*, 18: 208–25.
- Danai, G., Lawes, C., van der Hoorn, S., Murray, C.J. and Ezzati, M. (2006) Global and regional mortality from ischaemic heart disease and stroke attributable to higher-than-optimum blood glucose concentration: comparative risk assessment, *Lancet*, 368: 1651–9.
- DECODE Study Group (2003) Age- and sex-specific prevalences of diabetes and impaired glucose regulation in 13 European countries, *Diabetes Care*, 26: 61–9.
- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., et al. (2004) Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys, *JAMA*, 291: 2581–90.
- Deutsche Zentrum für Altersfragen (2005) *Gesundheit und Gesundheitsversorgung. Der Alterssurvey: Aktuelles auf einen Blick, ausgewählte Ergebnisse*. Bonn: Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Gesundheit und Gesundheitsversorgung, http://www.statistik.at/web_de/services/publikationen/4/index.html (accessed 12 December 2006).
- Devereux, G. (2006) ABC of chronic obstructive pulmonary disease. Definition, epidemiology and risk factors, *BMJ*, 332: 1142–4.
- Din-Dzietham, R., Liu, Y., Bielo, M. and Shamsa, F. (2007) High blood pressure trends in children and adolescents in national surveys, 1963 to 2002, *Circulation*, 116: 1488–96.
- Ebrahim, S. and Harwood, R. (1999) *Stroke. Epidemiology, Evidence, and Clinical Practice*. Oxford: Oxford University Press.
- ENFUMOSA-Study-Group (2003) The ENFUMOSA cross-sectional European multicentre study of the clinical phenotype of chronic severe asthma, *Eur Respir J*, 22: 470–7.
- Engelgau, M.M., Geiss, L.S., Saaddine, J.B. et al. (2004) The evolving diabetes burden in the United States, *Ann Intern Med*, 140: 945–950.
- European Commission (2004) *Building a European Health Survey System: Improving Information on Self-perceived Morbidity and Chronic Conditions. Report of the Working Party on Morbidity and Mortality*. Luxembourg: European Commission Health and Consumer Protection Directorate-General. http://ec.europa.eu/health/ph_information/implement/wp/morbidity/docs/ev_20040120_rd04_en.pdf (accessed 24 October 2007).
- European Commission (2007) *The European Health Survey System*. Luxembourg: European Commission Health and Consumer Protection Directorate-General. http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/reporting/ehss_en.htm (accessed 13 June 2008).
- Feigin, V., Lawes, C., Bennett, D. and CS, A. (2003) Stroke epidemiology: a review of population-based studies of incidence, prevalence, and case-fatality in the late 20th century, *Lancet Neurol*, 2: 43–53.
- Feinstein, A. (1970) The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease, *J Chronic Dis*, 23: 455–69.
- Ferri, C., Prince, M., Brayne, C. et al. (2005) Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study, *Lancet*, 366: 2112–17.
- Fortin, M., Bravo, G., Hudon, C., Vanasse, A. and Lapointe, L. (2005) Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice, *Ann Fam Med*, 3: 223–8.

- Freedman, V., Martin, L. and Schoeni, R. (2002) Recent trends in disability and functioning among older adults in the United States, *JAMA*, 288: 3137–46.
- Freedman, V., Schoeni, R., Martin, L. and Cornman, J. (2007) Chronic conditions and the decline in late-life disability, *Demography*, 44: 459–77.
- Fries, J.F. (1983) The compression of morbidity, *Milbank Mem Fund Q Health Soc*, 61: 397–419.
- Gorospe, E. and Dave, J. (2006) The risk of dementia with increased body mass index, *Age Ageing*, 36: 23–9.
- Green, A. and Patterson, C.C. (2001) Trends in the incidence of childhood-onset diabetes in Europe 1989–1998, *Diabetologia*, 44(Suppl 3): B3–8.
- Hackett, M., Yapa, C., Parag, V. and Anderson, C. (2005) Frequency of depression after stroke, *Stroke*, 36: 1330–40.
- Haines, L., Wan, K., Lynn, R., Barrett, T. and Shield, J. (2007) Rising incidence of type 2 diabetes in children in the UK, *Diabetes Care*, 30: 1097–101.
- Halpin, D.M.G. and Miravittles, M. (2006) Chronic obstructive pulmonary disease. The disease and its burden to society, *Proc Am Thoracic Soc*, 3: 619–23.
- International Diabetes Federation (2003) *Diabetes Atlas: atlas*. Brussels: International Diabetes Federation. <http://www.idf.org/e-atlas> (accessed 24 October 2007).
- Janssen, F. and Kunst, A. (2005) Cohort patterns in mortality trends among the elderly in seven European countries, 1950–99, *Int J Epidemiol*, 34: 1149–59.
- Jouglu, E., Papoz, L., Balkau, B., Maguin, P. and Hatton, F. (1992) Death certificate coding practices related to diabetes in European countries: the "EURODIAB Subarea C" study, *Int J Epidemiol*, 21: 343–51.
- Jouglu, E., Rossolin, F., Niyonsenga, A. and Chappert, J. (2001) *Comparability and Quality Improvement of the European Causes of Death Statistics*. Nantes: INSERIM.
- Kaplan, G. and Keil, J. (1993) Socioeconomic factors and cardiovascular disease: a review of the literature, *Circulation*, 88: 1973–98.
- Kelson, M. and Farebrother, M. (1987) The effect of inaccuracies in death certification and coding practices in the European Economic Community (EEC) on international cancer mortality statistics, *Int J Epidemiol*, 16: 411–14.
- Kessler, R. (2007) The global burden of anxiety and mood disorders: putting the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) findings into perspective, *J Clin Psychiatry*, 68(Suppl 2): 10–19.
- Kessler, R., Demler, O., Frank, R. et al. (2005) Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003, *N Engl J Med*, 352: 2515–23.
- Kinsella, K. and Phillips, D. (2005) Global aging: the challenge of success, *Population Bull*, 60: 5–42.
- Lafortune, G., Balestat, G. and Disability Study Expert Group Members (2007) *Trends in Severe Disability among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications*. Paris: OECD.
- Liebetrau, M., Steen, B. and Skoog, I. (2003) Stroke in 85-year-olds: prevalence, incidence, risk factors, and relation to mortality and dementia, *Stroke*, 34: 2617–22.
- Loddenkemper, R., Gibson, G.J. and Sibille, Y. (2003) *European Lung White Book*. Sheffield, UK: European Respiratory Society.
- Lopez, A.D., Mathers, C.D., Ezzati, M., Jamison, D.T. and Murray, C., J L (2006) *Global Burden of Disease and Risk Factors*. New York: Oxford University Press and World Bank.
- Mackenbach, J., Van Duyn, W. and Kelson, M. (1987) Certification and coding of two underlying causes of death in the Netherlands and other countries of the European Community, *J Epidemiol Comm Health*, 41: 156–60.
- MacLehose, L., McKee, M. and Weinberg, J. (2002) Responding to the challenge of communicable disease in Europe, *Science*, 295: 2047–50.
- Marmot, M., Smith, G., Stansfeld, S. et al. (1991) Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study, *Lancet*, 337: 1387–93.
- Marmot, M., Shipley, M., Brunner, E. and Hemingway, H. (2001) Relative contribution

- of early life and adult socioeconomic factors to adult morbidity in the Whitehall II study, *J Epidemiol Community Health*, 55: 301–7.
- Masoli, M., Fabian, D., Holt, S. and Beasley, R. (2004) *Global Initiative for Asthma. The global Burden of Asthma Report*. Southampton, UK: University of Southampton.
- Mathers, C. and Loncar, D. (2006) Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030, *PLoS Med*, 3: e442.
- Mathers, C., Ma Fat, D., Inoue, M., Rao, C. and Lopez, A. (2005) Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data, *Bull World Health Organ*, 83: 171–7.
- McCarron, P., Davey Smith, D. and Okasha, M. (2002) Secular changes in blood pressure in childhood, adolescence and young adulthood: systematic review of trends from 1948 to 1998, *J Hum Hypertens*, 16: 677–89.
- McKee, M. and Chenet, L. (2002) Patterns of health, in M. McKee, J. Healy and J. Falkingham (eds) *Health Care in Central Asia*, pp. 57–66. Buckingham: Open University Press.
- Mehta, P. and Cowie, M. (2006) Gender and heart failure: a population perspective, *Heart*, 92(Suppl III): 14–18.
- Moorman, J., Rudd, R., Johnson, C. et al. (2007) National surveillance for asthma. United States, 1980–2004, *MMWR*, 56: 1–14, 18–54.
- Mosterd, A. and Hoes, A. (2007) Clinical epidemiology of heart failure, *Heart*, 93: 1137–46.
- Murdoch, D., Love, M., Robb, S. et al. (1998) Importance of heart failure as a cause of death, *Eur Heart J*, 19: 1829–35.
- Murray, C. (2007) Towards good practice for health statistics: lessons from the Millennium Development Goal health indicators, *Lancet*, 369: 862–73.
- Murray, C.J.L., Salomon, J.A., Mathers, C.D. and Lopez, A.D. (eds) (2002) *Summary Measures of Population Health. Concepts, Ethics, Measurement and Applications*. Geneva, World Health Organization.
- Najafi, F., Dobson, A. and Jamrozik, K. (2006) Is mortality from heart failure increasing in Australia? An analysis of official data on mortality for 1997–2003, *Bull World Health Organ*, 84: 722–8.
- Narayan, K.M., Boyle, J.P., Thompson, T.J., Sorensen, S.W. and Williamson, D.F. (2003) Lifetime risk for diabetes mellitus in the United States, *JAMA*, 290: 1884–90.
- National Audit Office (2007) *Improving Services and Support for People with Dementia*. London: The Stationery Office.
- Parker, M. and Thorslund, M. (2007) Health trends in the elderly population: getting better and getting worse, *Gerontologist*, 47: 150–8.
- Patel, M., Tilling, K., Lawrence, E. et al. (2006) Relationships between long-term stroke disability, handicap and health-related quality of life, *Age Ageing*, 35: 273–9.
- Pauwels, R.A. (2000) COPD. The scope of the problem in Europe, *Chest*, 117: 332–5.
- Pauwels, R.A. and Rabe, K.F. (2004) Burden and clinical features of chronic obstructive pulmonary disease (COPD), *Lancet*, 364: 613–20.
- Perrin, J., Bloom, S. and Gortmaker, S. (2007) The increase of childhood chronic conditions in the United States, *JAMA*, 297: 2755–9.
- Piette, J. and Kerr, E. (2006) The impact of comorbid chronic conditions on diabetes care, *Diabetes Care*, 29: 725–31.
- Piette, J., Richardson, C. and Valenstein, M. (2004) Addressing the needs of patients with multiple chronic illnesses: the case of diabetes and depression, *Am J Manage Care*, 10: 152–62.
- Poole, K., Reeve, J. and Warburton, E. (2002) Falls, fractures, and osteoporosis after stroke. Time to think about protection? *Stroke*, 33: 1342–6.
- Rabe, K.F., Vermeire, P.A., Soriano, J.B. and Maier, W.C. (2000) Clinical management of asthma in 1999: the Asthma Insights and Reality in Europe (AIRE) study, *Eur Respir J*, 16: 802–7.
- Remme, W., McMurray, J., Rauch, B. et al. (2005) Public awareness of heart failure in Europe: first results from SHAPE, *Eur Heart J*, 26: 2413–21.

- Ritchie, K. and Lovestone, S. (2002) The dementias, *Lancet*, 360: 1759–66.
- Rothwell, P., Coull, A., Giles, M. et al. (2004) Change in stroke incidence, mortality, case-fatality, severity, and risk factors in Oxfordshire, UK from 1981 to 2004 (Oxford Vascular Study), *Lancet*, 363: 1925–33.
- Ruzicka, L. and Lopez, A. (1990) The use of cause-of-death statistics for health situation assessment: National and international experiences. *World Health Stat Q*, 43: 249–58.
- Sears, M., Greene, J., Willan, A. et al. (2003) A longitudinal, population-based, cohort study of childhood asthma followed to adulthood, *N Engl J Med*, 349: 1414–22.
- Sobocki, P., Joensuu, B., Angst, J. and Rehnberg, C. (2006) Cost of depression in Europe, *J Ment Health Policy Econ*, 9: 87–98.
- Stewart, S., MacIntyre, K., Capewell, S. and McMurray, J. (2003) Heart failure and the aging population: an increasing burden in the 21st century? *Heart*, 89: 49–53.
- Terent, A. (2003) Trends in stroke incidence and 10-year survival in Soederhamn, Sweden, 1975–2001, *Stroke*, 34: 1353–8.
- Thorvaldsen, P., Kuulasmaa, K., Rajakangas, A. et al. (1997) Stroke trends in the WHO MONICA project, *Stroke*, 28: 500–6.
- Timmreck, T. (1986) *Dictionary of Health Services Management*. Owings Mills, MD: National Health Pub.
- Ustun, T.B., Ayuso-Mateos, J.L., Chatterji, S., Mathers, C. and Murray, C.J. (2004) Global burden of depressive disorders in the year 2000, *Br J Psychiatry*, 184: 386–92.
- Van den Jeths, A.B., Timmermans, J.N., Hoeymans, N., Woittiez, I.B. (2004) Ouderen nu en in de toekomst. Gezondheid, verpleging en verzorging 2000–2020. [The Elderly Now and in the Future. Health, Care and Caring for 2000–2020.] Bilthoven: RIVM. www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270502001.pdf (accessed 24 October 2007).
- Van der Lee, J., Mokkink, L., Grootenhuis, M., Heymans, H. and Offringa, M. (2007) Definitions and measurement of chronic health conditions in childhood, *JAMA*, 297: 2741–51.
- Van Weel, C. and Schellevis, F. (2006) Comorbidity and guidelines: conflicting interests, *Lancet*, 367: 550–51.
- WHO (2003) *Mental Health in the WHO European Region. Factsheet EURO/03/03*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- WHO (2004a) *Health Statistics and Health Information Systems. Revised Global Burden of Disease (GBD) 2002 Estimates*. Geneva: World Health Organization. <http://www.who.int/healthinfo/bodgbd2002revised/en/index.html> (accessed 9 January 2007).
- WHO (2004b) *WHO Statistical Information System. Causes of Death and Burden of Disease Estimates by Country (2002)*. Geneva: World Health Organization. <http://www.who.int/healthinfo/statistics/bodgbdeathdalyestimates.xls> (accessed 10 January 2007).
- WHO (2005a) *Preventing Chronic Diseases. A Vital Investment: WHO Global Report*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2005b) *The European Health Report 2005. Public Health Actions for Healthier Children and Populations*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- WHO (2005c) *The Health of Children and Adolescents in Europe. Factsheet EURO/06/05*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe. <http://www.euro.who.int/document/mediacentre/fs0605e.pdf> (accessed 11 January 2007).
- WHO (2006a) *Health Statistics and Health Information Systems. Projections of Mortality and Burden of Disease to 2030*. Geneva: World Health Organization. <http://www.who.int/healthinfo/statistics/bodprojections2030/en/index.html> (accessed 10 January 2007).
- WHO (2006b) *Diabetes: Factsheet 312*. Geneva: World Health Organization. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/> (accessed 11 January 2007).
- WHO (2006c) *Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. Geneva: World Health

- Organization. <http://www.who.int/respiratory/copd/burden/en/index.html> (accessed 11 January 2007).
- WHO (2006d) *Asthma: Factsheet 307*. Geneva: World Health Organization. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs307/en/index.html> (accessed 11 January 2007).
- WHO (2007) *Health for all Database*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe.
- Wild, S., Roglic, G., Green, A., Sicree, R. and King, H. (2004) Global prevalence of diabetes, *Diabetes Care*, 27: 1047–53.
- Wilkinson, J., Berghmans, L., Imbert, F. et al. (2008) Health indicators in the European regions ISARE II., *Eur J Public Health*, 18: 178–83.
- Wimo, A., Winblad, B., Aguero-Torres, H. and von Strauss, E. (2003) The magnitude of dementia occurrence in the world, *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 17: 63–7.
- Wolfe, C. (2000) The impact of stroke, *Br Med Bull*, 56: 275–86.
- Yach, D., Hawkes, C., Gould, C. and Hofman, K. (2004) The global burden of chronic diseases, *JAMA*, 291: 2616–22.

Экономические аспекты хронических заболеваний и их ведения

Marc Suhrcke, Daragh K. Fahey u Martin McKee

Введение

Те, кто разрабатывает политику в области здравоохранения, имеют дело со множеством конкурирующих между собой задач. Как и следует ожидать, их внимание часто сосредоточивается на неотложных и поддающихся оценке вопросах, отсюда предпочтение, оказываемое, например, вспышкам инфекционных заболеваний или сокращению очередей на госпитализацию. Хронические же заболевания, несмотря на их огромный вклад в суммарное бремя болезни, не видятся ни как неотложная, ни как легко поддающаяся оценке проблема. В самом деле, до основополагающего Исследования заболеваемости во всем мире, где к традиционной оценке смертности была добавлена оценка заболеваемости, масштаб проблемы, создаваемой хроническими заболеваниями, для многих политиков был почти не виден. Ситуацию усложняло отсутствие простых решений. В XX веке огромный прогресс в области здоровья был достигнут с помощью относительно простых технически решений, таких как массовая вакцинация или комплексный подход к детским болезням. В противоположность этому, как показано в главах 4 и 10, для эффективного ведения хронических заболеваний необходимо создание сложных систем, объединяющих разные научные дисциплины и преодолевающих сложившиеся когнитивные и финансовые препятствия на пути совместной деятельности, а также поддержка в виде соответствующих информационных технологий. К тому же, с точки зрения политиков, чей временной горизонт ограничен периодом от выборов до выборов, новшества принесут плоды лишь в далеком будущем, когда кто-нибудь другой сможет поставить их себе в заслугу.

В этой главе рассмотрены серьезные препятствия, мешающие эффективным действиям, и выдвигаются уравнивающие их экономические аргументы. Приводимые в главе данные показывают, что экономические затраты, связанные с хроническими заболеваниями в Европе, вы-

соки, и что для общества может быть экономически выгодно вкладывать средства в ведение хронических заболеваний.

Отправной точкой для первой части главы, посвященной оценкам стоимости болезни применительно к хроническим заболеваниям, является недавняя публикация Европейской комиссии (Suhrcke et al. 2005), в которой сведены воедино материалы многих исследований по данной теме. Однако, прежде чем обратиться к этим данным, необходимо определить, что подразумевается под термином «экономические издержки», и, в особенности, как они соотносятся с обсуждением хронических заболеваний.

Вторая часть посвящена экономическому аспекту ведения хронических заболеваний. Мы начинаем с краткого обсуждения причин проведения подобных экономических оценок, приводя схему, описывающую различные категории относящихся к рассматриваемому вопросу издержек и выгод, и дополняя теоретическое обсуждение несколькими примерами. По необходимости, эти примеры в основном опираются на гораздо больший объем исследований, по сравнению с Европой, проведенных по данной теме в США. Тем не менее, там, где это возможно, мы даем обзор оценок — экономических и иных, которые проведены или планируются в Европе, с учетом совершенно иных условий деятельности систем здравоохранения.

Экономическое бремя хронических заболеваний в Европе

Этот раздел посвящен различным концепциям экономических издержек; подчеркнута их разнообразие и возможная путаница между ними, с привлечением избранных примеров. Более полный обзор фактических данных по издержкам хронических заболеваний можно найти у Adeyi et al. (2007) и Suhrcke et al. (2006). Работа Suhrcke et al. (2007) посвящена в основном данным по Восточной Европе и Центральной Азии. Мы выделяем пять концепций издержек, каждая со своими особенностями расчета: стоимость болезни; микроэкономические издержки/последствия; макроэкономические издержки/последствия; социальные, или «истинные» экономические издержки; издержки, существенные и не существенные для государственной политики.

Стоимость болезни

В ходе исследований стоимости болезни проводится оценка как количества ресурсов (в денежном эквиваленте), использованных для лечения заболевания, так и негативных экономических последствий заболевания, выраженных как потерянная производительность для общества или определенного сектора. Это является удобной первой ступенью в оценке экономического бремени плохого здоровья в целом, и хронических заболеваний в частности; согласно большинству исследований, это бремя является значительным. Исследования стоимости болезни могут также составлять основу для последующей экономической оценки конкретных вмешательств или политических мер, направленных на снижение бреме-

ни болезни. Исследования стоимости болезни делят издержки на три составляющие.

Прямые издержки. Это затраты на медицинское обслуживание, связанное с профилактикой, диагностикой и лечением заболевания. Они включают расходы на службу «скорой помощи», больничное и амбулаторное обслуживание, реабилитацию, услуги общественного здравоохранения по месту жительства, лекарственные средства. Из всех видов издержек эти измерить легче всего, хотя и тут есть свои трудности.

Косвенные издержки. Потери в человеческих ресурсах, вызванные заболеваемостью или преждевременной смертью, отражают косвенные издержки. Измерение косвенных издержек — предмет серьезных споров. В некоторых исследованиях стоимости болезни учитывается потеря будущих заработков (подход с точки зрения человеческого капитала), а следовательно, оценки ограничиваются работающим населением. В других применяется метод «исследования готовности заплатить», при котором оценивается, сколько люди готовы заплатить за относительно небольшие изменения риска наступления смерти. Эти данные, не ограничивающиеся работающим населением, дают возможность определить, какую ценность люди придают жизни.

Издержки нематериального характера. Сюда входят психологические аспекты болезни, такие как боль, тяжесть утраты, тревога и страдание. Эту категорию издержек измерить труднее всего.

В табл. 3.1 приводятся примеры этих видов издержек.

На практике в большинстве исследований оцениваются лишь прямые и косвенные издержки¹. Обзор избранных работ, проведенный в более раннем исследовании, показал, что издержки хронических заболеваний и связанных с ними факторов риска, по данным исследований стоимости болезни, достаточно велики и колеблются от 0,02% до 6,77% от внутреннего валового продукта страны (ВВП) (Suhrcrke et al. 2006). Для сердечно-сосудистых заболеваний суммарные издержки в большинстве развитых стран, по которым имеются данные, составляют 1–3%, хотя важно подчеркнуть, что численные результаты исследований стоимости болезни для разных стран, заболеваний и временных отрезков чаще всего нельзя сравнивать напрямую. Оценки прямых издержек, связанных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в 25 странах Европейского союза представлены в табл. 3.2. В табл. 3.3 приведены результаты исследований стоимости болезни для некоторых других заболеваний и факторов риска.

У исследований стоимости болезни есть определенные теоретические и методологические ограничения. Некоторые считают, что концепция стоимости болезни отражает точку зрения государственного здравоохранения, а не экономическую (Sindelar 1998). С позиции государственного здравоохранения население должно быть как можно более здоровым, что сократит объем дорогостоящего лечения. С этой точки зрения в исследованиях стоимости болезни вся заболеваемость и смертность, связанные с тем или иным заболеванием и его факторами риска, должны определяться в денежном выражении; следует также измерить медицинские расходы, которых можно было бы избежать, если бы заболевания не было. Напротив, с экономической точки зрения нет начального допущения, что население должно быть как можно более здоровым. Экономисты оценивают издержки конкретной ситуации, сравнивая ее со «следующей по качеству» (и правдопо-

Таблица 3.1. Примеры прямых, косвенных и нематериальных издержек

<i>Вид издержек</i>	<i>Пример</i>
<i>Прямые издержки</i>	
Здравоохранение	Санитарный транспорт Врачебный осмотр и ведение больного (например, врачи, медицинские сестры) Постоянный уход (например, медицинские сестры, лица, осуществляющие уход) Процедуры (например, хирургические операции) Исследования (например, анализ крови) Лекарственные средства Оборудование (например, для диализа, инвалидные кресла) Обучающие материалы (например, брошюры, веб-сайты) Образ жизни (например, рекомендованные упражнения, диета)
Реабилитация	Физическая (например, физиотерапия, трудотерапия) Психическая (например, консультирование) Социальная (например, обучение с целью трудоустройства, поддержка способности к самообслуживанию)
Социальная помощь	Оценка жилища и его модернизация Доставка еды на дом Обеспечение жильем (например, приюты)
<i>Косвенные издержки</i>	
Экономические (в широком смысле)	Снижение производительности труда больного и лиц, осуществляющих уход за ним Выплаты безработным
Индивидуальные	Снижение доходов Утрата будущего дохода вследствие продажи ценностей Лица, ухаживающие за больным родственником, не имеют возможности закончить образование
<i>Издержки нематериального характера</i>	Боль Тяжесть утраты Тревога Отвержение обществом Разочарование Депрессия

добной) возможной ситуацией (предложением «от противного»). В исследованиях стоимости болезни подразумевается, что эта ситуация — отсутствие хронического заболевания, смертности или факторов риска. Зачастую это чересчур смелая альтернатива — либо потому, что недостижима даже при самых интенсивных вмешательствах, либо потому, что нежелательна с точки зрения благосостояния, так как необходимые для этого ресурсы могут быть более эффективно использованы в других областях.

Еще одно существенное ограничение исследований стоимости болезни, независимо от того, ведутся ли они с точки зрения государственного здравоохранения или с экономической точки зрения, связано с тем, что обычно применяемые методики не учитывают причинно-следственных связей. Хотя они учитывают издержки, на первый взгляд, связанные с хроническими заболеваниями и факторами риска, но не доказывают, что заболевание или фактор риска действительно являются причиной

Таблица 3.2. Затраты на лечение сердечно-сосудистых заболеваний в странах ЕС, 2003 г.

<i>Страна</i>	<i>Затраты на душу населения, €</i>	<i>Доля от суммарных затрат на здравоохранение, %</i>
Германия	423	15
Соединенное Королевство	368	18
Швеция	318	12
Нидерланды	273	11
Люксембург	255	8
Австрия	247	11
Финляндия	235	12
Дания	215	7
Италия	204	11
Бельгия	201	8
Франция	194	8
Греция	140	11
Ирландия	108	4
Испания	97	7
Португалия	93	8
Чешская Республика	83	14
Словения	80	8
Кипр	67	7
Эстония	55	17
Венгрия	52	9
Словакия	52	18
Польша	46	16
Литва	43	16
Латвия	24	11
Мальта	22	2
ЕС в целом	230	12

Источник: Petersen et al. (2005).

издержек². Это особенно важно в случае неправильного образа жизни, когда оценку издержек от конкретного заболевания провести сложно. Тем не менее, с точки зрения политики важно понимать «истинные» причины, чтобы более эффективно нацеливать соответствующие вмешательства³.

Микроэкономические издержки/последствия

В микроэкономических исследованиях рассматривается влияние здоровья на экономические результаты, с учетом других важных факторов. Микроэкономический анализ дает возможность оценить механизмы, с помощью которых здоровье влияет на экономические результаты, а также относительный вклад этих механизмов. В идеале, в таких исследованиях предпринимаются также попытки решить две наиболее существенные эконометрические трудности: ошибки в оценке используемого косвенного показателя (часто со слов опрошенных) и возможность обратной причинно-следственной связи (улучшение экономической ситуации ведет к улучшению здоровья).

Таблица 3.3. Некоторые исследования стоимости болезни, в которых затраты выражены как доля общенациональных расходов на здравоохранение

<i>Состояние / Фактор риска</i>	<i>Страна</i>	<i>Доля от общенациональных расходов на здравоохранение, %</i>	<i>Годы</i>
ИБС	Соединенное Королевство	11	1999
Шизофрения	Франция	2	1992
	Соединенное Королевство	1,7	1992–2003
	Нидерланды	1,6	1989
Депрессия	Соединенное Королевство	0,9	1990–2001
Психические заболевания	США	7	1990
Ожирение	Франция	2	1992
	Португалия	3,5	1996
Сахарный диабет	Разные	2,5–15	Разные
Курение	Германия	5,6	1993

Источник: Suhrcke et al. (2005), где приведены подробные результаты исследований.

Нельзя недооценивать важность хотя бы попыток определить направленные причинно-следственной связи. Это особенно актуально для руководителей здравоохранения, так как помогает определить отправные точки политических вмешательств. Отдельным лицам микроэкономические данные такого рода могут показать, какую цену им придется платить в дополнение к бремени своей болезни.

Основные пути влияния плохого здоровья на экономические результаты таковы: воздействие на образование, накопление и вложение средств, производительность труда и предложение труда (Suhrcke et al. 2005). Эмпирические данные в большинстве своем относятся к производительности и предложению труда — не обязательно потому, что эти факторы более важны, скорее потому, что их обычно проще измерить. Почему и до какой степени нарушения здоровья в целом и хронические заболевания, в частности, влияют на эти два ключевых экономических фактора?

Производительность труда. Более здоровые люди, скорее всего, больше произведут за час труда. Таким образом, более высокая физическая и умственная активность может напрямую повысить производительность труда. В то же время те, кто более активен физически и умственно, будут лучше и эффективнее использовать технологии, механизмы или оборудование. От более здоровой рабочей силы можно ожидать большей гибкости и адаптации к изменениям (например, к изменениям в постановке задач или организации труда).

Предложение труда. Влияние здоровья на предложение труда теоретически проявляется двояко. При хорошем здоровье число дней нетрудоспособности сокращается, что ведет к увеличению числа «здоровых» дней, которые можно посвятить работе или отдыху. Но здоровье также влияет на решения о предложении труда, благодаря своему воздействию на заработки, предпочтения и ожидаемую жизненную перспективу. Влияние здоровья на предложение труда через каждый из этих промежуточных механизмов не всегда очевидно. С одной стороны, если заработок связан с производительностью, а более здоровые работники производят больше,

улучшение здоровья должно повлечь за собой рост заработков и, таким образом, повысить стимулы к предложению труда (эффект замещения). С другой стороны, хорошее здоровье позволяет больше заработать в течение жизни и, таким образом, дает возможность людям раньше уйти на пенсию (эффект дохода).

Многочисленные данные говорят о том, что в реальности, особенно в отношении хронических заболеваний (и связанных с ними факторов риска), действуют оба механизма.

Производительность труда

В отсутствие физических единиц измерения производительности труда экономисты используют размер заработной платы и (частично) общих заработков. В нескольких исследованиях показано, что при плохом здоровье заработная плата и общие заработки снижаются (Chirikos and Nestel 1985; Currie and Madrian 1999; Hansen 2000; Contoyannis and Rise 2001; Pelkowski and Berger 2004). Хотя величина эффекта в различных исследованиях разная, что объясняется использованием разных косвенных показателей здоровья, качественной разницы нет. В некоторых исследованиях для оценки здоровья применяются такие косвенные показатели, как рост и индекс массы тела; найдено, что, в целом, более высокий рост, который обычно отражает хорошее здоровье в детстве, положительно влияет на заработную плату и общие заработки, в то время как более высокий индекс массы тела снижает их, хотя больше у женщин, чем у мужчин (Averett and Korenman 1996; Cawley 2000; Mitra 2001; Finkelstein et al. 2005; Brunello and d'Hombres 2007). Тем не менее, представляется правдоподобным, что эти связи могут отчасти объясняться значением, которое общество придает росту, общественным осуждением, в случае ожирения, а не прямым воздействием здоровья на производительность труда (Averett and Korenman 1996).

Предложение труда

Значительный объем исследований демонстрирует также, что улучшение здоровья в развитых странах увеличивает предложение труда, измеряемое уровнем занятости, количеством отработанных часов и вероятностью выхода на пенсию. Тем не менее, важно отметить, что выводы будут зависеть от организационных схем, таких как пенсионное законодательство, доступность выплат по нетрудоспособности, механизмы профессионального страхования — которые могут защитить от последствий плохого здоровья или усугубить их. Плохое здоровье влияет не только на самих работающих, но и на членов их семей, которые приспособливают свою трудовую деятельность к болезни проживающих вместе с ними (Ettner 1996; Spiess and Schneider 2004). Для Европейского союза и США найдено, что мужчины сокращают свою трудовую активность и с большей вероятностью прекращают трудовую деятельность, когда заболевают их жены, в то время как женщины с большей вероятностью продолжают работать, когда заболевают их мужья, предположительно чтобы компенсировать снижение доходов семьи (Berger 1983; Charles 1999; Jiménez-Martín et al. 1999). Однако применять результаты, полученные в США, к условиям Европы надо с осторожностью, поскольку решения о продолжении или прекращении трудовой деятельности зависят от доступности медицинского страхования и выплат по нетрудоспособности (Coile 2003).

Макроэкономические издержки/последствия

Еще одна концепция издержек, представляющая особый интерес для руководителей здравоохранения, относится к макроэкономике и призвана определить, насколько плохое здоровье (в данном случае – хронические заболевания) влияет на уровень или темпы прироста национального дохода на душу населения. Найдено, что здоровье, оцениваемое по продолжительности жизни или взрослой смертности, является надежным и устойчивым прогностическим показателем экономического роста (Barro 1991, 1996; Levine and Renelt 1992; Barro and Lee 1994; Barro and Martin 1995; Sachs and Warner 1995, 1997; Easterly and Levine 1997; Bhargava et al. 2001; Sala-i-Martin et al. 2004; Acemoglu and Johnson 2006). Поскольку хронические заболевания составляют значительную часть общего бремени болезни и являются причиной значительной доли взрослой смертности, можно ожидать их негативного влияния на экономический рост. Количественная оценка этого влияния, однако, сопряжена с методологическими трудностями⁴. Кроме того, взаимосвязь здоровья и экономики различна в богатых и бедных странах: как только достигается определенный уровень экономического развития, исчезает четкая связь между доходом на душу населения и продолжительностью жизни.

По оценке Barro (1996) на основе выборки бедных и богатых стран мира, увеличение ожидаемой продолжительности жизни на пять лет ассоциируется с ежегодным ростом ВВП на 0,3–0,5% в дальнейшем. Этот результат, в принципе, можно косвенно использовать для определения связей между смертностью от хронических заболеваний и экономическим ростом. В других исследованиях, также на основе выборки по странам мира, оценивалось влияние отдельных заболеваний, включая малярию (Gallup and Sachs 2001), ВИЧ/СПИД (Dixon et al. 2001), недоедание (Weil 2005) и туберкулез (Delfino and Simmons 1999), на экономический рост с поправкой на группу других стандартных показателей экономического роста.

Разумеется, в этих исследованиях не рассматривались хронические заболевания. Suhrcke and Urban (2006) оценили влияние смерти от сердечно-сосудистых заболеваний среди работающего населения на экономический рост. Используя выборку стран мира, для которых имелись данные, они обнаружили, что результат зависел от первоначальной экономической ситуации в стране. Разделив выборку на страны с низким/средним доходом и страны с высоким доходом, они обнаружили, что в странах с высоким доходом увеличение смертности на 1% снижает прирост доходов на душу населения в последующие пять лет примерно на 0,1%. Выводы основывались на панельных данных с пятилетними интервалами с 1960 по 2000 гг. и учитывали другие факторы, включая начальный доход, открытость и среднее образование. Авторы использовали динамическую модель регрессионного анализа роста с использованием панельных данных, учитывая возможные проблемы, связанные с обратным направлением причинно-следственной связи или опущенными переменными, которые могут влиять одновременно на смертность от сердечно-сосудистых заболеваний и на экономический рост. Хотя снижение на 0,1% может показаться незначительным, значение в абсолютных цифрах, если брать за длительный период, весьма велико. Напротив, в выборке стран с низким и сред-

ним доходом значимого влияния смертности от сердечно-сосудистых заболеваний на экономический рост не найдено.

К результатам этого анализа, однако, нужно относиться с большой осторожностью, особенно в отношении стран с низкими и средними доходами, где данных по смертности взрослого населения с разбивкой по причинам смерти мало, а качество их невысоко. В то же время результаты для стран этой группы кажутся убедительными, поскольку сердечно-сосудистые заболевания были признаны важным фактором смертности только в последние годы периода наблюдения (1960–2000 гг.). Улучшение, возможно, является скорее реакцией на экономический рост, чем его определяющим фактором. Если исходить из результатов для стран с высоким доходом, сердечно-сосудистые заболевания, по-видимому, будут играть более важную роль как фактор экономического роста по мере увеличения бремени хронических болезней в развивающихся странах.

Социальные, или «истинные» экономические издержки

Оценка макроэкономических потерь, вызванных хроническими заболеваниями, с помощью более общего показателя, чем ВВП на душу населения, демонстрирует осознание того, что «истинной» целью экономической деятельности является рост общественного благосостояния, а не только ВВП. Данная концепция базируется на бесспорном допущении, что ВВП — несовершенный показатель общественного благосостояния: в частности, он не учитывает ценность здоровья. Одним из альтернативных подходов являются «исследования готовности заплатить», помогающие приблизительно оценить изменения смертности в денежном эквиваленте. Распространение этого подхода на хронические заболевания — прямой и поучительный опыт, результаты которого, вероятно, яснее продемонстрируют важность хронических заболеваний. Значительная часть сомнений, касающихся выражения стоимости жизни и здоровья в денежном эквиваленте, связана с неверным пониманием того, что эта стоимость в действительности означает; в какой-то мере это может быть следствием неудачного выбора термина. На самом деле, мы не можем — и не стремимся — произвести денежную оценку нашей собственной *жизни* или жизни других людей. Вместо этого мы оцениваем сравнительно небольшие изменения *риска* смерти, а это совершенно другое дело. В нормальных обстоятельствах никто не будет продавать свою жизнь за деньги, однако большинство людей будут готовы, например, выбирать за разную цену оборудование, которое предлагает разный уровень безопасности; выбирать разные пути перехода улицы, которые отнимают разное время; выбирать между разными видами деятельности, сопряженными с разной степенью риска смерти, но за разную заработную плату. То, что люди делают такой выбор, означает, что они косвенно присваивают некую стоимость уровню риска смерти для себя.

Стоимость роста или снижения риска смерти напрямую определить нельзя, однако ее можно вывести из того реального выбора, который делают люди, сталкиваясь с необходимостью компромисса между риском смерти и финансовой компенсацией. Наиболее распространено использование данных рынка труда о денежных вознаграждениях, которые люди

получают при выполнении более опасной работы. Оценив величину надбавки за риск, можно легко рассчитать предполагаемую стоимость статистической жизни и затем использовать для оценки «издержек» смертности (и, с изменениями, издержек плохого здоровья).

Во избежание ошибок важно помнить, что, хотя основополагающая концепция теоретически обоснована и в целом принята экономистами, при ее эмпирическом применении необходимо преодолеть немалые сложности. Оценки стоимости статистической жизни сильно колеблются даже в пределах одной страны. Это объясняется, например, различными методами расчета надбавок за риск или использованием данных, относящихся к разным группам населения. Упрощенное применение метода социальных издержек к оценке издержек, связанных с хроническими заболеваниями, приводится в другой публикации (WHO 2005).

Издержки, существенные и не существенные для государственной политики

С экономической точки зрения, не все описанные выше издержки важны для государственной политики. Издержки считаются существенными, если оправдывают вмешательство государства с точки зрения рентабельности. В идеальном мире (который удовлетворяет допущениям, перечисленным ниже) не существует издержек, оправдывающих государственное вмешательство:

- все издержки и выгоды являются «внутренними» (или «частными»): все издержки и выгоды, связанные с данным выбором, сказываются только на том, кто этот выбор делает;
- рациональность: люди стремятся довести до максимума некую объективную функцию (например, функцию полезности) в условиях ограничений, с которыми сталкиваются, взвешивая издержки, с которыми, по их ожиданиям, им придется столкнуться, и ожидаемую выгоду, причем окончательное решение дает наибольшую суммарную выгоду (или пользу);
- полнота информации: люди располагают полной информацией об ожидаемых последствиях своих действий;
- предпочтения «последовательны во времени»: проще говоря, у людей нет серьезных проблем с самоконтролем.

На практике, однако, одно или несколько таких допущений почти всегда не соответствуют действительности, и в результате рыночная стихия не обеспечивает результата, наиболее желательного для общества. В данном случае, как минимум, некоторые элементы издержек, связанных с хроническими заболеваниями, оправдывают вмешательство государства. Это связано с тем, что издержки либо не возлагаются непосредственно на тех, к кому относятся («внешние издержки»), либо их несет тот, кто делает конкретный выбор (т. е. частное лицо) вследствие нерационального поведения, неполной информации или в связи с внутриличностными конфликтами. Чем больше доля внутренних или внешних издержек, существенных для государственной политики, тем больше оснований у прави-

тельства вмешиваться (если оно может это сделать) с целью увеличить суммарное общественное благосостояние.

Suhrcke et al. (2006) подробно обсуждают возможные дефекты рыночного регулирования, связанные с факторами риска хронических заболеваний. Вкратце их основные выводы таковы.

- Наличие медицинских расходов или социальных издержек, связанных с вредным для здоровья образом жизни, которые несет общество в целом («экстерналии») или члены семьи («квази-экстерналии»), может оправдывать вмешательство, хотя в первом случае расходы обычно невелики по сравнению с внутренними издержками.
- Общеизвестно, что некоторые группы населения, особенно дети, еще не являются рациональными субъектами, на которых опирается экономическая теория. Поэтому меры по защите детей скорее получают поддержку.
- Информация — это общественный товар, и ее предложение обычно недостаточно, в сравнении с тем, что требуется обществу. Поэтому в принципе оправдано государственное вмешательство с целью предоставления информации, особенно в развивающихся странах.
- Недавно сформулированным основанием для вмешательства, основанным на бихевиоральной (поведенческой) экономике, является идея о «непоследовательных во времени» предпочтениях (порождающих «внутриличностные» экстерналии, или «интерналии»): люди ищут сиюминутного удовлетворения (например, успокаивающего эффекта никотина) за счет собственной отдаленной выгоды (например, риск развития рака легких).

Хотя необходимы дальнейшие исследования, эти аргументы могут оправдать принятие, хотя бы частично, больших внутренних издержек, связанных с хроническими заболеваниями, в качестве значимых для государственной политики, в дополнение к любым возможным внешним издержкам.

Концепции издержек: резюме

Важно отметить, что в данном разделе обсуждался только вопрос, существуют ли, в принципе, такие рыночные дефекты, которые оправдывали бы государственное вмешательство. Само по себе это ничего не говорит о том, будет ли государство на самом деле в состоянии устранять эти дефекты так, чтобы затраты на это не превышали полученный результат. Многие вмешательства этому критерию не удовлетворяют; в этом случае наилучший выбор — оставить все как есть. Необходимы доказательства рациональности расходования средств (например, данные по экономической эффективности). Связь между обсуждением дефектов рынка и данными по экономической эффективности работает и в обратную сторону: такие данные сами по себе не являются аргументом в пользу государственного вмешательства. Это связано с тем, что при отсутствии рыночных дефектов вмешательство могут проводиться в частном секторе.

Издержки и выгоды ведения хронических заболеваний

То, что хронические заболевания налагают на экономику значительное бремя (которое можно измерить различными способами, описанными в предыдущем разделе), необязательно предполагает, что вложение средств в борьбу с ними — экономически оправданный шаг вперед. Такая оценка зависит не столько от издержек, связанных с существующим бременем болезни, сколько от той их части, которой можно избежать с помощью вмешательства (отсюда выгода от него), в сравнении со стоимостью вмешательства. Именно в этом и должна заключаться настоящая «экономическая оценка», и нельзя исходить из того, что суммарный результат обязательно будет положительным. К сожалению, экономические оценки ведения хронических заболеваний в Европе единичны. Поэтому данный раздел посвящен теоретической дискуссии, проиллюстрированной, где это возможно, эмпирическими примерами, зачастую взятыми из практики США, с учетом ограничений, возникающих при переносе этого опыта на иную почву.

Издержки и выгоды конкретного вмешательства при хроническом заболевании зависят от выбранной точки зрения. В табл. 3.4 приводятся типы издержек и выгод с четырех наиболее распространенных точек зрения: пациент, медицинский план/поставщик медицинских услуг, работодатель и общество.

Если достижение максимального общественного благосостояния является основной целью политики, как это должно быть в теории, то «правильной» должна считаться точка зрения общества. Тем не менее, для объяснения реального процесса принятия решений часто бывает полезно взглянуть с точки зрения других заинтересованных лиц, чтобы увидеть, как они прогивостоят друг другу или заменяют друг друга, учитывая, что это может, в конечном счете, привести к недостаточному с точки зрения общества результату. Такой подход должен также предоставить тем, кто разрабатывает политику, ориентиры в отношении того, какие стимулы для частных лиц выбирать, чтобы побудить их стремиться к наилучшему с точки зрения общества результату.

Издержки при ведении хронических заболеваний

Поскольку мы исходим из того, что больной охвачен медицинским страхованием, прямыми издержками для него будут только расходы, которые страховая компания возложит на него через повышение страховых взносов, либо прямые платежи как результат снижения заработной платы из-за роста выплат работодателя на медицинское страхование.

Учреждение, предлагающее программу ведения хронических заболеваний, имеет дело с тремя видами издержек: затраты на ввод программы в эксплуатацию (например, на системы информационных технологий, на содержание административного аппарата), текущие расходы (главным образом, на оплату труда тех, кто оказывает комплексное медицинское обслуживание) и дополнительные неучтенные затраты (из-за большего числа «дорогостоящих» больных в ответ на рост репутации программы).

Таблица 3.4. Издержки и выгоды, связанные с ведением хронических заболеваний

	<i>Выгоды</i>	<i>Издержки</i>
Больной	Рост продолжительности/качества жизни (суммарные недельные затраты, связанные с изменением образа жизни)	Более высокие взносы медицинского страхования (если работодатель согласен на это) Прямые платежи (например, частичная оплата) Возможное снижение зарплат в связи с увеличением выплат работодателя на медицинское страхование
Страховая организация	Снижение со временем потребления неотложных медицинских услуг (если больной не меняет страховую организацию) Более высокий размер взносов для программы ведения хронического заболевания (если страховая организация имеет право повышать взносы)	Затраты по внедрению программы (например, на компьютерные технологии) Текущие издержки (например, оплата труда медицинских сестер и врачей общей практики, лекарственные средства) Издержки, связанные с отбором рисков (для данной страховой организации)
Работодатель	Возможный рост производительности труда (если больной не меняет место работы) Возможное снижение заработной платы в обмен на увеличение пособия по нетрудоспособности	Более высокие выплаты для программы ведения заболевания (если страховая организация имеет право повышать размер выплат)
Общество в целом	Рост продолжительности/качества жизни (суммарные недельные затраты, связанные с изменением образа жизни и косвенными издержками больных) Возможная долгосрочная экономия средств, связанная со снижением частоты потребления неотложных медицинских услуг Возможный рост производительности труда	Затраты по внедрению Текущие издержки Издержки, связанные с отбором рисков

Источник: Beaulieu et al. (2003).

Для работодателя издержки зависят от организационной структуры. В США медицинский план может требовать повышения размера страховых отчислений, чтобы пациент получил доступ к программе ведения хронических заболеваний. Иначе обстоит дело в Европе, где во всех странах существует практически полный охват медицинским обслуживанием за счет государственного финансирования. Там, где конкурирующие страховые фонды сосуществуют с программами ведения хронических заболеваний (например, в Германии), введены специальные механизмы выравнивания рисков (Busse 2004). Несмотря на это, могут возникать связанные с частным страхованием проблемы (Mossialos and Thomson 2002). Частное страхование может быть:

- *заменяющим* — приобретается теми, кто не охвачен государственной системой здравоохранения, обычно в связи с высокими доходами;
- *дополняющим* — покрывает услуги, уже охваченные государственной системой здравоохранения, но с более широким выбором поставщиков услуг;
- *дополнительным альтернативным* — охватывает услуги, не включенные в государственную систему здравоохранения, например, некоторые виды стоматологического лечения.

Тем не менее, последствия будут минимальными, либо из-за состава застрахованных (обычно гораздо здоровее, чем в среднем), либо из-за содержания пакета услуг (дополняющее и дополнительное альтернативное страхование часто не охватывает хронические заболевания).

Выгоды при ведении хронических заболеваний

Улучшенное ведение хронических заболеваний может дать три основных преимущества:

- улучшение здоровья больного (т. е. приобретенное количество и качество лет жизни);
- долгосрочная экономия затрат страховых компаний, медицинских работников и работодателей вследствие того, что удалось избежать осложнений и вследствие сниженного потребления медицинских услуг;
- повышение производительности труда, достигаемое больными и работодателями.

В связи с частым неправильным пониманием данного термина нужно подчеркнуть, что «улучшение здоровья» представляет не только выгоду *для здоровья*, но и *экономическую* выгоду. Улучшение здоровья увеличивает потребительские возможности человека в течение жизни, следовательно, это прямой рост, в максимизации которого экономисты видят конечную цель человеческих усилий. Таким образом, экономическая выгода явно не ограничивается узкими задачами сокращения затрат или повышения производительности труда. И первым существенным компонентом экономической оценки любой программы здравоохранения является подтверждение ее эффективности относительно улучшения здоровья (например, по количеству или качеству жизни больного). В конце концов, улучшение здоровья должно быть основной целью любого медицинского вмешательства и, следовательно, основным критерием для определения ценности последнего. Если программа ведет еще и к сокращению расходов или росту производительности труда, это желанный дополнительный эффект, но это не должно быть основным критерием экономической привлекательности программы здравоохранения. Если результатом вмешательства является улучшение здоровья при затратах, меньших, чем выгода от вмешательства⁵, то вложение средств экономически оправдано, независимо от того, достигнуты ли при этом сокращение затрат или рост производительности труда.

Как подробно обсуждалось в других главах книги, сторонники активно-

го ведения хронических заболеваний ставят целью добиться лучших результатов лечения, чем те, которые достигаются при теперешнем фрагментарном подходе. Эта идея интуитивно весьма привлекательна, но можно ли показать, влияет ли положительно в реальной жизни ведение хронических заболеваний на состояние здоровья, независимо от финансовых соображений?

Как показывают исследования отдельных стран, приведенные в сопроводительном томе, в европейских странах оценок сравнительно мало. По причинам, которые обсуждаются в других главах, исследования, проведенные в США, могут быть не вполне актуальны для Европы, не в последнюю очередь из-за гораздо худшей исходной позиции, на которой базируются американские программы по ведению хронических заболеваний. Даже в США большинство данных неубедительны. В целом можно констатировать, что научно обоснованных и систематических оценок программ по ведению хронических заболеваний крайне мало. Частично это может объясняться относительно небольшим временем, прошедшим с того момента, как во многих рассматриваемых нами странах начали разворачиваться программы ведения хронических заболеваний. Другие факторы включают серьезные методологические проблемы, связанные с выделением влияния зачастую сложных, многокомпонентных программ ведения хронических заболеваний, а также скудость средств, вкладываемых в исследования в области здравоохранения во многих европейских странах. Наконец, руководители здравоохранения не всегда охотно заказывают комплексные, независимые оценки программ, которые, как они полагают, являются эффективными, или в эффективности которых их убедили те, кто заинтересован в том, чтобы продвинуть патентованные, почти исключительно американские, модели.

В отсутствие рандомизированных контролируемых исследований (которые до сих пор лишь в единичных случаях были посвящены вмешательствам, направленным на лечение хронических заболеваний), трудно определить, можно ли однозначно отнести изменения в состоянии здоровья, отмечаемые за период наблюдения, на счет изучаемой программы. Здесь есть, однако, большое неисследованное поле деятельности — данные наблюдений (Linden and Adams 2006; Linden et al. 2006a, 2006b).

Оценка программ ведения хронических заболеваний требует тщательной подготовки и, в идеале, должна быть предусмотрена при разработке программы. Пока лишь в нескольких странах получила активную поддержку идея о том, что оценка (не говоря уже о полной экономической оценке) должна быть полноправной составляющей программ общественного здравоохранения. Редкие исключения составляют Нидерланды, Канада, Австралия и Соединенное Королевство. Тот факт, что оценки проводятся, сам по себе ничего не говорит об их качестве и, соответственно, информативности. Лишь в некоторых приводятся данные о реальных результатах лечения, вместо этого они используют те показатели, которые получить легче (такие как потребление ресурсов или число госпитализаций).

На основе оценок, приведенных в сопроводительном томе, можно заключить, что существует значительный объем данных в пользу того, что некоторые программы ведения хронических заболеваний действительно улучшают результаты лечения. Результаты лечения сахарного диабета в

Центре Здоровья провинции Онтарио (Канада), амбулаторном центре с совместной практикой и мультидисциплинарными бригадами, использующими электронные медицинские карты, были подвергнуты оценке. Оцениваемые клинические данные включали артериальное давление, уровень гликозилированного гемоглобина А1с и липидов в сыворотке. Улучшения были особенно заметны в отношении артериального давления и уровня гликозилированного гемоглобина А1с. В исследовании, проведенном во Франции, также указывалось, что там, где «были доступны формальные оценки, результаты были очень обнадеживающими, с меньшим числом назначений лекарственных средств, меньшим числом госпитализаций и более низкой смертностью по сравнению с контрольной группой».

В более полных исследованиях, посвященных улучшению координации медицинской помощи при хронических и сочетанных заболеваниях в Австралии, результаты более разнородны. На первом этапе исследований результаты лечения не превосходили результатов в контрольной группе по таким показателям, как качество жизни, частота госпитализаций (включая повторные) и их длительность (Esterman and Ben-Tovim 2002). Оценка расширенного в дальнейшем пакета первичной помощи указывает на то, что планы лечения ассоциируются с более качественным оказанием помощи и лучшими результатами лечения при сахарном диабете (Zwar et al. 2007). Более того, после развертывания Национальной комплексной программы лечения сахарного диабета в группе больных были отмечены улучшения промежуточных результатов (Georgiou et al. 2006). Дальнейшие обнадеживающие результаты получены при оценке демонстрационных проектов по самопомощи в рамках Инициативы по совместному оказанию медицинской помощи. В обсервационных исследованиях отмечено положительное влияние на результаты лечения и качество жизни, а также снижение потребления услуг здравоохранения (Australian Department of Health and Ageing 2005).

Если принять, что в целом программы ведения хронических заболеваний улучшают здоровье участвующих в них больных, точка зрения, которую поддерживают более полные данные из США, что можно сказать о двух других ожидаемых плюсах: экономии средств и росте производительности труда?

Вполне правдоподобно, что улучшение здоровья, обусловленное программами ведения хронических заболеваний, приводит к росту производительности труда работающих больных, однако однозначных данных о такой причинно-следственной (или даже ассоциативной) связи нет, как нет и подобных данных в конкретных исследованиях, хотя имеются некоторые сведения из США (Testa and Simonson 1998; Ng et al. 2001; Ramsey et al. 2002). Мы, однако, располагаем некоторой ограниченной информацией о влиянии на расходы здравоохранения, но она не позволяет надеяться на существенное сокращение затрат. Например, в большинстве исследований в Англии «почти не найдено снижения числа госпитализаций». Сходным образом, при оценке региональной междисциплинарной программы лечения сахарного диабета в Нидерландах (Matador), несмотря на выраженное снижение числа госпитализаций, не отмечено никакого влияния на общие затраты.

Хотя эти выводы нельзя обобщать, они указывают на то, что, несмотря

на некоторые противоречащие этому данные из США (Fendrick et al. 1992; Persson 1995; Bodenheimer et al. 2002; Sidorov et al. 2002; Short et al. 2003), надежды на то, что программы ведения хронических заболеваний будут снижать затраты, слишком оптимистичны.

Однако Fireman et al. (2004) сформулировали три направления, по которым программы ведения хронических заболеваний могут, по крайней мере, в принципе, обеспечивать экономию для здравоохранения: улучшение качества, управление потреблением услуг и повышение производительности.

Улучшение качества. Ведение хронических болезней может улучшить здоровье, увеличив использование эффективных лекарственных препаратов и улучшив самопомощь, что снизит число обострений и осложнений.

Управление потреблением услуг. Программы ведения заболеваний могут сократить избыточное использование ресурсов здравоохранения с помощью поддерживающего подхода, приемлемого для больных. Тем из них, для кого стоимость лечения должна быть значительной, придается координатор, обучающий их самопомощи, препятствующий неуместному обращению за неотложной помощью, способствующий своевременной выписке из больницы, предупреждающий дублирование диагностических исследований и рекомендуемый менее дорогие виды помощи.

Повышение производительности. С помощью программ ведения заболеваний можно снизить нагрузку на врачей, задействовав не столь высокооплачиваемый персонал, ведущий врачебные консультации по телефону и через Интернет как замену традиционному приему больных в кабинете врача. Хотя ведение болезни обычно дополняет стандартную медицинскую помощь, оно может повысить производительность, если осуществляется таким образом, что заменяет — или перестраивает ее.

Тем не менее, при эмпирической оценке четырех заболеваний, включенных в программы ведения заболеваний медико-страховой организации Kaiser Permanente в Северной Калифорнии, не обнаружено сокращения затрат, несмотря на повышение качества помощи и результатов лечения.

Однако даже если программы ведения хронических заболеваний (или другие вмешательства) не экономят деньги, они могут быть экономически выгодны с социальной точки зрения, если «дают» лучшее здоровье по цене, которая «того стоит». Обычно, впрочем, улучшение здоровья требует дополнительных средств, а не экономит их. Как минимум в первые годы, когда программа ведения хронических заболеваний только развернута, она требует весьма значительных дополнительных затрат (например, на издание и распространение руководств, жалованье, информационные технологии).

Как показывает приведенное выше обсуждение, возможен конфликт между целями плана медицинского обслуживания/поставщика услуг — получение финансовой выгоды (т. е. экономия средств), деловая целесообразность, с одной стороны, и целью общества, которая заключается в достижении улучшения здоровья ценой разумных (но обычных прямых) затрат, более широкая «экономическая целесообразность»⁶ — с другой стороны. Это представляет собой проблему, поскольку относительно невысокая деловая целесообразность ведения хронических заболеваний снижает или даже полностью устраняет стимулы для страховых организаций и

медицинских учреждений внедрять программы, которые могут принести выгоду обществу в целом. Причины этого кроются в существующей структуре финансирования и системе медицинского обслуживания, но подробное рассмотрение этого вопроса выходит за рамки данной главы (см. главу 9). Наибольшим расхождением между деловой целесообразностью и более широкой экономической целесообразностью является то, что польза для больных, охваченных программами ведения хронических заболеваний, никак не отражается на страховых компаниях и медицинских учреждениях. С учетом пользы, которую больным приносят программы ведения хронических заболеваний, можно ожидать, что работодатели или страховые организации, закупающие медицинские услуги, согласятся платить страховой взнос за участие в высококачественной программе по ведению хронических заболеваний, однако этого не происходит. Работодателям выгодно платить за то, чтобы больные работники были охвачены программами ведения хронических заболеваний, так как это может принести им прямую выгоду в виде сокращения числа пропущенных рабочих дней или роста производительности труда. Это, разумеется, сопряжено с рядом сложных проблем, включая возможность скрытой дискриминации при приеме на работу людей с такими заболеваниями.

Одной из нескольких проблем, препятствующих таким выплатам, является то, что отношения с больным должны длиться, возможно, десять лет или более, прежде чем появятся положительные результаты, и страховая организация или работодатель получит выгоды от вложения средств в ведение хронических заболеваний. Поскольку такие длительные отношения — скорее исключение, чем правило, и поскольку их невозможно навязать принудительно при существующей организационной ситуации (которая в некоторых странах обостряется возможностью смены фондов медицинского страхования, что лишь частично компенсируется механизмами выравнивания рисков), разница между социальной и коммерческой выгодой сохраняется. Единственным способом оправдать программы ведения хронических заболеваний является в таком случае сокращение расходов, а, как мы уже говорили выше, такое сокращение может появиться только по истечении длительного периода времени, если вообще появится.

В целом, в нынешнем положении есть целый ряд «заколдованных кругов». Страховая компания должна найти способ взыскать плату с больных, работодателей и правительства за улучшения. Это важно не только для страховой компании, но и для общества в целом, из-за бремени болезни, связанного с хроническими заболеваниями, и из-за сокращения социальных расходов благодаря определенным программам ведения хронических заболеваний. Это, безусловно, не является большой проблемой во многих странах Европы, где средства поступают из обязательного социального страхования или центрального налогообложения. Тем не менее, даже в этих условиях медицинским учреждениям могут быть даны значительные полномочия и автономия, что возложит на них ответственность за достижение финансового равновесия. Например, в Англии медицинские услуги заказывают и предоставляют фонды первичной медицинской помощи и уполномоченные при врачебных практиках. Ежегодно им предоставляется средневзвешенный бюджет, рассчитанный на обслуживание примерно 200 000 населения. За перерасход средств взимается крупный штраф. Учи-

тывая, что руководитель фонда в среднем занимает свой пост в течение трех лет, не удивительно, что фонды больше заинтересованы во вложении средств туда, где результаты станут заметны довольно быстро, например, в повышение качества неотложной помощи, чем в финансирование программ ведения хронических заболеваний, требующих больших начальных затрат ради долгосрочной прибыли. Хотя правительство старается справиться с этим путем создания систем контроля за тем, что для борьбы с хроническими заболеваниями делается достаточно, все это не является весомым, если организация не достигает финансового равновесия.

У этих выводов есть целый ряд политических последствий, которые требуют дальнейших углубленных исследований применительно к условиям каждой конкретной страны. Совершенно очевидно, и уже в течение многих лет отмечалось комментаторами, что существуют серьезные аргументы в поддержку системы, когда возмещение затрат зависит от качества медицинских услуг, а не от их количества. Имеющиеся трудности значительны и на деле во многих случаях непреодолимы, как показывает пример так называемой системы «оплаты по результатам» в Государственной службе здравоохранения Англии, которая фактически является системой «оплаты за деятельность». Тем не менее существует реальная возможность создать условия, при которых оплата будет поощрять улучшение результатов лечения или, по крайней мере, использование приемов, от которых, на основании научных данных, можно ожидать такого улучшения. Есть также экономический аргумент в пользу прямого государственного финансирования как средства сблизить интересы коммерческой деятельности и общества.

Выводы

Эта глава посвящена экономическим издержкам хронических заболеваний и экономическим аспектам ведения хронических заболеваний с теоретической точки зрения, с привлечением некоторых эмпирических примеров из стран Европы. Что касается первой темы, мы подчеркнули необходимость прояснения того, о каких именно издержках идет речь, когда мы говорим о «затратах», и с чьей точки зрения они рассматриваются. Независимо от конкретной концепции издержек существует много свидетельств того, что хронические заболевания создают значительное бремя расходов для общества. Есть также данные, что по крайней мере часть этих издержек оправдывает государственное вмешательство в области профилактики и лечения хронических заболеваний.

Мы все лучше осознаем, что укрепление здоровья может обеспечить прямые экономические *выгоды* как для отдельных людей, так, возможно, и для экономики в целом, но информации об издержках различных способов укрепления здоровья и, следовательно, «прибыли от вложения средств» гораздо меньше. Это относится как к профилактике, так и к лечению и, как мы показали в данной главе, по-видимому, касается и ведения хронических заболеваний: экономическая оценка ведения хронических заболеваний является крайне мало изученной областью. В большой степени это объясняется тем, что краеугольный камень этих оценок — доказательство эффективности таких программ за редкими исключениями почти не ис-

пользуется в рассматриваемых странах. Наши рекомендации на будущее, таким образом, заключаются в том, чтобы предпринять обширные исследования для определения степени полезности программ ведения хронических заболеваний для улучшения результатов лечения. Если это будет доказано данными более масштабных исследований, то само по себе станет крупным шагом вперед для любой экономической оценки в будущем. Пока такие данные не получены, надежд на широкую политическую и финансовую поддержку многообещающих мер по преодолению растущего бремени хронических заболеваний в Европейских странах очень мало.

Мы провели разделительную черту между коммерческой и (общественно-) экономической целесообразностью и обнаружили противоречие между ними, которое в случае, если не будет преодолено с помощью соответствующих финансовых и организационных механизмов, приведет к тому, что уровень активного лечения хронических заболеваний будет слишком низок — следствие, с которым трудно смириться, учитывая все более острую необходимость справиться с высоким и продолжающим расти бременем хронических заболеваний, с которым неминуемо столкнется наше общество. Вопрос о том, как лучше увязать между собой финансовые и экономические стимулы, связанные с ведением хронических заболеваний, должен иметь приоритетное значение для научных исследований, и мы вернемся к нему в главе 9.

Примечания

1. Издержки, связанные с заболеванием или факторами его риска, могут измеряться либо при помощи «оценки распространенности» (в конкретный момент времени) или «оценки заболеваемости» (в течение жизни). Первый способ гораздо более распространен. Требующая большого количества данных оценка заболеваемости или метод «жизненного цикла» охватывает величину издержек в данный момент при добавлении к обществу лица с определенным заболеванием или определенным нездоровым поведением (Rice 1994). Другим важным показателем является использование в исследовании «эпидемиологического» или «эконометрического» подхода. Согласно первому подходу, некоторую долю общих медицинских расходов относят к заболеванию либо фактору риска (используя методы, сходные с методами оценки смертности, связанной с определенным заболеванием или фактором риска). Менее распространенный эконометрический подход использует для расчета (прямых и косвенных) издержек регрессионный анализ, учитывая, где возможно, другие поддающиеся непосредственному определению переменные, которые могут влиять на расходы и коррелировать с заболеванием или факторами риска. Это, в сущности, сближает расчет стоимости болезни с микроэкономическим подходом, обсуждаемым ниже.
2. Это в особенности относится к эпидемиологическому подходу в оценках стоимости болезни, что становится ясно из того, как рассчитываются издержки. Оценка затрат на госпитализацию, прямо связанных, например, с отсутствием физической активности, производится путем перемножения трех компонентов: процентной доли каждого заболевания, которое может быть связано с отсутствием физической активности, количества госпитализаций, с разбивкой по заболеваниям, и средней стоимости одной госпитализации. Определение процентных долей не всегда просто, особенно при соотнесении заболевания с определенным фактором риска (Sindelar 1998).
3. Еще один недостаток, уже отмеченный — это ограниченная сопоставимость результатов разных исследований, посвященных одному и тому же заболева-

- нию/фактору либо разным заболеваниям и факторам риска. Хотя такие сравнения, использующие похожие, на первый взгляд, категории, привлекательны, подробности исследований, как правило, различаются слишком сильно (Godfrey 2004).
4. Это включает постоянную проблему мультиколлинеарности, сложность отделения симптомов от причин, значительные расхождения с более строгим микроэкономическим анализом и ограниченную применимость данных, полученных на основе межстрановых средних данных, для формулировки выводов, подходящих для конкретной страны. Более детальное обсуждение ограничений при сравнительном межстрановом анализе экономического роста см. также: Pritchett (2006).
 5. Говоря здесь о сравнениях затрат и выгод, мы предполагаем, что улучшения в состоянии здоровья трансформируются в денежные единицы, что позволяет напрямую сравнивать их с величинами затрат. Это не так уж сильно отличается от анализа экономической эффективности, при котором тоже производится оценка улучшений в состоянии здоровья, однако выбирается (предположительно произвольным образом) пороговая величина соотношения между затратами и эффективностью — программа считается пригодной для внедрения, если это соотношение меньше нее.
 6. Особенно наглядно это противоречие проиллюстрировано у Beaulieu et al. (2003) применительно к лечению сахарного диабета, которое предлагают две крупнейшие страховые компании США. К сожалению, по Европе, Австралии и Канаде аналогичная информация отсутствует. Beaulieu et al. (2003) нашли, что повышение качества медицинской помощи при сахарном диабете может принести обществу большую суммарную выгоду, однако суммарная прибыль для страховых организаций и медицинских учреждений была отрицательной в первые годы и минимальной (если вообще была) в первые десять лет.

Литература

- Acemoglu, D. and Johnson, S. (2006) *Disease and Development: The Effect of Life Expectancy on Economic Growth*. Chicago, IL: University of Chicago. http://economics.uchicago.edu/Acemoglu_042506.pdf (accessed 17 May 2006).
- Adeyi, O., Smith, O. and Robles, S. (2007) *Public Policy and the Challenge of Chronic Non-communicable Diseases*. Washington, DC: World Bank.
- Australian Department of Health and Ageing (2005) *Australia. National Evaluation of the Sharing Health Care Demonstration Projects June 2005*. Canberra: Department of Health and Ageing, Australia.
- Averett, S. and Korenman, S. (1996) The economic reality of the beauty myth, *J Hum Resour*, 31: 304–30.
- Barro, R. (1991) Economic growth in a cross-section of countries, *QJ Econ*, 106: 407–43.
- Barro, R. (1996) *Health and Economic Growth*. Washington, DC: Pan American Health Organization. <http://www.paho.org/English/HDP/HDD/barro.pdf> (accessed 3 October 2006).
- Barro, R. and Lee, J.W. (1994) Sources of economic growth, *Carnegie Rochester Conf Series Public Policy*, 40: 1–46.
- Barro, R. and Sala-i-Martin, X. (1995) *Economic Growth*. New York: McGraw-Hill.
- Beaulieu, N., Cutler, D. and Ho, K. (2003) *The Business Case for Diabetes Disease Management at Two Managed Care Organizations*. Boston, MA: Harvard University Press. <http://www.economics.harvard.edu/faculty/dcutler/papers.html> (accessed 14 January 2007).
- Berger, M.C. (1983) Labour supply and spouse's health: the effects of illness, disability and mortality, *Soc Sci Q*, 64: 494–509.
- Bhargava, A., Jamison, D.T., Lau, L. and Murray, C. (2001) Modelling the effects of health on economic growth, *J Health Econ*, 20: 423–440.

- Bodenheimer, T., Wagner, E.H. and Grumbach, K. (2002) Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2, *JAMA* 288: 1909–14.
- Brunello, G. and d'Hombre, B. (2007) Does body weight affect wages? Evidence from Europe, *Econ Hum Biol*, 5: 1–19.
- Busse, R. (2004) Disease management programs in Germany's statutory health insurance system, *Health Aff*, 23: 56–67.
- Cawley, J. (2000) *Body Weight and Women's Labor Market Outcomes*. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.
- Charles, K.K. (1999) *Sickness in the Family: Health Shocks and Spousal Labor Supply*. Ann Arbor, MI: Gerald R. Ford School of Public Policy, University of Michigan.
- Chirikos, T.N. and Nestel, G. (1985) Further evidence on the economic effects of poor health, *Rev Econ Stat*, 67: 61–9.
- Coile, C. (2003) *Health Shocks and Couples Labor Supply Decisions*. CRR Working Paper, 08.
- Chestnut Hill, MA: Centre for Retirement Research, Boston College.
- Contoyannis, P. and Rise, N. (2001) The impact of health on wages: evidence from British household panel survey, *Empir Econ*, 26: 599–622.
- Currie, J. and Madrian, B.C. (1999) Health, health insurance and the labour market, in O. Ashenfelter and D. Card (eds) *Handbook of Labour Economics*, Vol. 3, pp. 3309–415. Amsterdam: Elsevier Science.
- Delfino, D. and Simmons, P.J. (1999) *Infectious Disease And Economic Growth: The Case of Tuberculosis*. Discussion Papers in Economics, No. 1999/23. York, UK: University of York.
- Dixon, S., McDonald, S. and Roberts, J. (2001) AIDS and economic growth in Africa: a panel data analysis, *J Int Dev*, 13: 411–26.
- Easterly, W. and Levine, R. (1997) Africa growth tragedy: policies and ethnic divisions, *Q J Econ*, 112: 1203–1250.
- Esterman, A.J. and Ben-Tovim, D.I. (2002) The Australian coordinated care trials: success or failure? The second round of trials may provide more answers, *Med J Aust*, 177: 469–70.
- Ettner, S.L. (1996) The opportunity costs of elder care, *J Hum Resour*, 31: 189–205.
- Fendrick, A.M., Javitt, J.C. and Chiang, Y.P. (1992) Screening and treatment of diabetic retinopathy in Sweden, *Int J Technol Assess Health Care*, 4: 694–707.
- Finkelstein, E.A., Ruhm, C.J. and Kosa, K.M. (2005) Economic causes and consequences of obesity, *Annu Rev Public Health*, 26: 239–57.
- Fireman, B., Bartlett, J. and Selby, J. (2004) Can disease management reduce health care costs by improving quality? *Health Aff*, 23: 63–75.
- Gallup, J.L. and Sachs, J. (2001) *The Economic Burden of Malaria*. Working Paper No. WG1:10. Cambridge, MA: Commission on Macroeconomics and Health.
- Georgiou, A., Burns, J., McKenzie, S. et al. (2006) Monitoring change in diabetes care using diabetes registers: experience from Divisions of General Practice, *Aust Fam Physician*, 35: 77–80.
- Godfrey, C. (2004) The financial costs and benefits of alcohol, European Alcohol Policy Conference: Bridging the Gap, *Globe*, 1 & 2: 7–14.
- Hansen, J. (2000) The effect of work absence on wages and wage gaps in Sweden, *J Popul Econ*, 13: 45–55.
- Jiménez-Martín, S., Labeaga, J.M. and Martínez Granado, M. (1999) *Health Status and Retirement Decisions for Older European Couples*, October. IRISS Working Paper Series No. 1999-01. [Provided by IRISS at CEP/INSTEAD.] Luxembourg: IRISS.
- Levine, R. and Renelt, D. (1992) A sensitivity analysis of cross-country growth regressions, *Am Econ Rev*, 82: 942–63.
- Linden, A. and Adams, J.L. (2006) Evaluating disease management programme effectiveness: an introduction to instrumental variables, *J Eval Clin Pract*, 12: 148–54.
- Linden, A., Adams, J.L. and Roberts, N. (2006a) Evaluating disease management programme effectiveness: an introduction to the regression discontinuity design, *J Eval Clin Pract*, 12: 124–31.

- Linden, A., Adams, J.L. and Roberts, N. (2006b) Strengthening the case for disease management effectiveness: un-hiding the hidden bias, *J Eval Clin Pract*, 12: 140–7.
- Mitra, A. (2001) Effects of physical attributes on the wages of males and females, *Appl Econ Lett*, 8: 731–5.
- Mossialos, E. and Thomson, S.M. (2002) Voluntary health insurance in the European Union: a critical assessment, *Int J Health Serv*, 32: 19–88.
- Ng, Y.C., Jacobs, P. and Johnson, J.A. (2001) Productivity losses associated with diabetes in the US, *Diabetes Care*, 24: 257–61.
- Pelkowski, J.M. and Berger, M.C. (2004) The impact of health on employment, wages, and hours worked over the life cycle, *Q Rev Econ Finance* 44: 102–21.
- Persson, U. (1995) The indirect costs of morbidity in type 2 diabetes, *Pharmacoeconomics*, 8(Suppl), 1: 28–32.
- Petersen, S., Peto, V. and Rayner, M. (2005) *European Cardiovascular Disease Statistics*, 2005 edition. London: British Heart Foundation.
- Pritchett, L. (2006) The quest continues, *Finance Dev*, March: 18–22.
- Ramsey, S., Summers, K.H., Leong, S.A. et al. (2002) Productivity and medical costs of diabetes in a large employer population, *Diabetes Care*, 25: 23–9.
- Rice, D.P. (1994) Cost-of-illness studies: fact or fiction? *Lancet*, 344: 1519–20.
- Sachs, J.D. and Warner, A.M. (1995) Economic reform and the process of global integration, *Brookings Papers Econ Activity* 1: 1–95.
- Sachs, J.D. and Warner, A.M. (1997) Sources of slow growth in African economies, *J Afr Econ*, 6: 335–76.
- Sala-i-Martin, X., Doppelhofer, G. and Miller, R.I. (2004) Determinants of long-term growth: a Bayesian averaging of classical estimates (BACE) approach, *Am Econ Rev*, 94: 813–35.
- Short, A.C., Mays, G.P. and Mittler, J. (2003) *Disease Management: A Leap of Faith to Lower-cost, Higher-quality Health Care*, Issue Brief No. 69. Washington, DC: Center for Studying Health System Change.
- Sidorov, J., Shull, R., Tomcavage, J. et al. (2002) Does diabetes disease management save money and improve outcomes? A report of simultaneous short-term savings and quality improvement associated with a health maintenance organization-sponsored disease management program among patients fulfilling health employer data and information set criteria, *Diabetes Care*, 25: 684–9.
- Sindelar, J.L. (1998) Social costs of alcohol, *J Drug Issues*, 28: 763–81.
- Spiess, C.K. and Schneider, T. (2004) Midlife care-giving and employment: an analysis of adjustments in work hours and informal care for female employees in Europe, in J. Mortensen, C. Spiess, T. Schneider, J. Costa-Font and C. Patxot (eds) *Health Care and Female Employment: A Potential Conflict? Occasional Paper*, No. 6. Brussels: ENEPRI.
- Suhrcke, M. and Urban, D. (2006) *Are Cardiovascular Diseases Bad for Economic Growth? CESIFO Working Paper* No. 1845. Munich: CESIFO.
- Suhrcke, M., McKee, M., Sauto Arce, R., Tsoлова, S. and Mortensen, J. (2005) *The Contribution of Health to the Economy in the European Union*. Brussels: European Commission.
- Suhrcke, M., Nugent, R.A., Stuckler, D. and Rocco, L. (2006) *Chronic Disease: An Economic Perspective*. Oxford: Oxford Health Alliance.
- Suhrcke, M., Rocco, L. and McKee, M. (2007) *Health: A Vital Investment for Economic Development in Eastern Europe and Central Asia*, p. 25. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies. (На русском языке: Suhrcke, M., Rocco, L. and McKee, M. *Инвестиции в здоровье: ключевое условие успешного экономического развития Восточной Европы и Центральной Азии*. Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2008 г.).
- Testa, M.A. and Simonson, D.C. (1998) Health economic benefits and quality of life during improved glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus: a randomized, controlled, double-blind trial, *JAMA*, 280: 1490–6.

Weil, D.N. (2005) *Accounting for the Effect of Health on Economic Growth. Working Paper* No. 11455. Washington, DC, National Bureau of Economic Research.

WHO (2005) *Chronic Disease: A Vital Investment*. Geneva: World Health Organization.

Zwar, N.A., Hermiz, O., Comino, E.J. et al. (2007) Do multidisciplinary care plans result in better care for patients with type 2 diabetes? *Aust Fam Physician*, 36: 85–9.

Интегрированная медицинская помощь и хронические заболевания: обзор

Ellen Nolte u Martin McKee

Введение

Рост распространенности хронических заболеваний ставит перед системами здравоохранения серьезные проблемы. Хронические заболевания требуют комплексных моделей медицинской помощи, при которых необходимо сотрудничество между работниками разных профессий и учреждениями, которые традиционно действовали порознь. Здравоохранение по-прежнему строится главным образом по модели неотложной, эпизодической медицинской помощи, плохо отвечающей долгосрочным, постоянно меняющимся потребностям больных хроническими заболеваниями. Даже при наличии единственного заболевания (например, сахарный диабет), медицинская помощь может оказываться разными поставщиками медицинских услуг, нередко в разных условиях и разными учреждениями. Часто пациентам предлагается самим контролировать, координировать или проводить в жизнь план лечения, получая крайне скудные рекомендации о том, как это делать. Следовательно, чтобы обеспечить больным поддержку, необходимо преодолеть границы между разными профессиями, поставщиками медицинских услуг и учреждениями путем разработки более интегрированных или согласованных подходов к медицинскому обслуживанию (Plochg and Klazinga 2002). В свою очередь, медицинские работники, руководители здравоохранения и учреждения во многих странах все больше осознают необходимость откликаться на нужды пациентов со сложными медицинскими потребностями и начинают разрабатывать новые модели оказания помощи, призванные достичь лучшей координации медицинских услуг во всем их диапазоне (Conrad and Shortell 1996; Ouwens et al. 2005).

Однако, несмотря на очевидную разумность такого подхода, доступные данные об эффективности различных форм интеграции или координации медицинской помощи по-прежнему неоднозначны, несмотря на резкий

рост числа обзоров, в том числе систематических, посвященных как единичным вмешательствам, так и комплексным программам и моделям медицинской помощи (Bodenheimer et al. 2002a; Weingarten et al. 2002; Ofman et al. 2004; Singh 2005a; Tsai et al. 2005; Zwar et al. 2006). Широко известна Модель оказания помощи при хронических заболеваниях (Chronic Care Model, ССМ, см. Wagner et al. (1999)), которая будет подробно описана ниже. Сегодня накоплено достаточно данных в пользу того, что внедрение одного или нескольких компонентов этой модели повышает качество медицинской помощи, улучшает результаты лечения и увеличивает эффективность использования ресурсов здравоохранения; однако до конца не ясно, является ли это следствием применения всей модели целиком, или тех же преимуществ можно достичь, используя лишь отдельные ее компоненты (Singh and Ham 2006). Сходным образом, в обзоре данных по эффективности сотрудничества между медицинской помощью и социальным обеспечением Dowling et al. (2004) показали, что, хотя есть данные, пусть и недостаточно углубленные, что при этом повышается производительность или улучшаются результаты лечения, нельзя установить причинно-следственную связь между различными компонентами сотрудничества и их воздействием.

Помимо скудости эмпирических данных о результатах внедрения различных форм интеграции, координации и моделей медицинской помощи (Shortell et al. 2000; Singh and Ham 2006), существует более фундаментальная проблема, связанная с отсутствием общепринятых определений основных концепций и границ. Попытки добиться интеграции или координации в системе медицинской помощи неоднократно предпринимались в разных системах здравоохранения, в результате чего имеется огромное количество терминов, в том числе «интегрированная помощь», «координированная помощь», «совместная помощь», «управляемая помощь», «ведение заболевания», «ведение больного», «помощь, ориентированная на больного», «помощь при хронических заболеваниях», «непрерывность помощи», «межсекторная помощь», «бесстыковая помощь» и др. Kodner and Spreeuwenberg (2002) даже вспомнили библейскую притчу о Вавилонской башне¹, описывая это множество определений и концепций, а Howarth and Haigh (2007) говорят об «академической трясине определений и аналитических концепций», окружающей понятие интеграции. Системное понимание того, что такое «интегрированная медицинская помощь», и связанных с этим понятий сильно затруднено ввиду недостатка конкретики и ясности: применяемые обычно определения зачастую «нечетки и сбивают с толку» (Kodner and Spreeuwenberg 2002), а также ввиду отсутствия в целом «устойчивой парадигмы, с помощью которой можно изучать процесс» (Goodwin et al. 2004). Эта запутанность в большой степени отражает полиморфизм концепции, которая рассматривается с точек зрения нескольких дисциплин и профессий и связывается с различными целями.

Цель данной главы — способствовать более четкому пониманию различных определений, концепций, методов и моделей. Для этого мы прослеживаем истоки двух основных концепций — «интегрированная медицинская помощь» и «ведение заболевания», и изучаем подходы к тому, что мы называем «помощь при хронических заболеваниях», в различных контекстах. Затем мы переходим к описанию отдельных типологий, теоретических основ и существующих моделей медицинского обслуживания боль-

ных с разными уровнями потребностей и исследуем актуальные для нашей темы данные, пользуясь тем, что информации о сравнительной эффективности различных моделей и компонентов помощи при хронических заболеваниях становится все больше. Там, где это уместно, мы иллюстрируем наблюдения примерами из посвященных отдельным странам исследований, на которые опирается эта книга.

Прослеживая истоки: поиски общей позиции

Отсутствие общности взглядов на понятие «интеграция» частично объясняется разным происхождением различных концепций. Термины «интегрированная медицинская помощь» и «ведение заболевания» могут рассматриваться как отражение двух крайних точек в спектре подходов, направленных, в конечном счете, на обеспечение высококачественной и экономически эффективной медицинской помощи потребителям с различными нуждами.

Понятие интеграции уходит корнями в теорию организации и, будучи связанным с системой социального обеспечения, наиболее широко фигурирует в разработанной «теории обстоятельств», ответвлении теории систем (Lawrence and Lorsch (1967; цитируется у Axelsson and Axelsson 2006), с ее концепциями дифференциации и интеграции, причем последняя определяется как «качество сотрудничества между подразделениями, которым, в соответствии с требованиями окружения, необходимо объединить усилия». В секторах медицинской помощи и социального обеспечения концепция интегрированной медицинской помощи в основном обсуждается в аспекте установления связи между секторами *лечения и помощи* («совместная помощь» в Соединенном Королевстве, «объединение в сеть» (Vernetzung) в Германии и «межсекторная помощь» (transmurale zorg) в Нидерландах). Например, Leutz (1999) определяет интеграцию как «стремление связать систему здравоохранения (неотложную, первичную и специализированную помощь) с другими системами обслуживания населения (например, длительный уход, образование, профессиональное обучение, коммунальное обслуживание) для улучшения результатов (результатов лечения, удовлетворенности пациента и эффективности)». Сходным образом Kodner and Spreeuwenberg (2002) определяют интеграцию как «согласованный набор методов и моделей финансирования, управления, организации, предоставления услуг и лечения, цель которого обеспечить взаимосвязь, согласованность и сотрудничество между секторами лечения и помощи и внутри них». Hardy et al. (1999) описывают интегрированную помощь как «согласованный набор продуктов и услуг, предоставляемый действующими сообща местными и региональными органами здравоохранения» и говорят о том, что путем создания «контактов или связей между системами здравоохранения и социального обеспечения», интегрированная помощь обеспечивает потребителям услуг комплексный, многопрофильный пакет медицинской помощи в нужное время и позволяет им перемещаться внутри систем и между ними, чтобы получить различные виды помощи на разных уровнях.

Применение концепции интегрированной помощи к здравоохранению и социальному обеспечению, тем не менее, четко не разработано.

Leichsenring (2004) описывает несколько дискурсов, или «совокупностей научных и политических точек зрения и подходов» к интегрированной медицинской помощи, отражающих либо преимущественно точку зрения здравоохранения (дискурс управляемой помощи, дискурс общественного здравоохранения) либо более широкий, «общесистемный» подход, при котором делается акцент на социальное обеспечение (дискурс, ориентированный на человека). Они дополняются институциональным дискурсом, сосредоточенным на организационных стратегиях. Точка зрения здравоохранения активно прослеживается в определении интегрированной помощи, предложенном Европейским бюро ВОЗ: «концепция, объединяющая входящие ресурсы, предоставление, руководство и организацию услуг, связанных с диагностикой, лечением, уходом, реабилитацией и пропагандой здорового образа жизни. Интеграция является средством улучшения обслуживания в плане доступности, качества, удовлетворенности больных и эффективности» (Groene and Garcia-Barbero 2001). В противоположность этому, подходы, ориентированные на человека, исходят из традиции, уменьшающей «медицинский аспект» и поддерживающей при этом взаимосвязь между здравоохранением и социальным обеспечением в удовлетворении нужд отдельного потребителя услуг (Leichsenring 2004). Тем не менее, границы между этими дискурсами остаются размытыми. Частично это объясняется тем, что подходы к интегрированной помощи в различных системах здравоохранения в значительной степени отражают финансовые и организационные системы, а также сферу обязанностей здравоохранения и социального обеспечения в данной стране. Например, Niskanen (2002), рассуждая с позиций здравоохранения, определяет интегрированную помощь как «методы и стратегии связывания между собой и координации различных аспектов медицинской помощи, оказываемой на разных уровнях» (имеется в виду первичная и специализированная помощь). Тем не менее, поскольку он берет за основу данные по Финляндии, его определение включает в себя социальное обеспечение, так как в этой стране длительный уход входит в компетенцию этого сектора.

Такое представление об интегрированной помощи в контексте государственной системы здравоохранения несколько отличается от концепции, сложившейся в США (Shortell et al. 1994), которая получила название «интегрированной (или организованной) системы обслуживания»: «сеть организаций, которая предоставляет либо организует предоставление скоординированного диапазона услуг определенной группе населения и согласна нести медицинскую и финансовую ответственность за исходы и состояние здоровья обслуживаемого населения». Это определение ориентировано на концепцию управляемой помощи, в которой акцент делается на *четко определенные (но делающие выбор) группы населения* (т. е. тех, кто зарегистрирован как участник конкретного плана медицинского обслуживания и вносит установленную ежемесячную плату) и на *интеграцию финансирования и предоставления медицинской помощи*, которые в США, как и в других странах с системами здравоохранения, основанными на страховании, традиционно строго отделены друг от друга (Maunard and Bloor 1998). Концепцию интегрированного обслуживания в условиях США трудно сравнивать с интегрированной помощью в условиях Европы, где она традиционно подразумевает интеграцию различных секторов

(например, лечения и помощи), а не функций (финансирования и предоставления услуг). Тем не менее следует отметить, что некоторые элементы того, что описывается как управляемая помощь, например, ведение больного по индивидуальному плану, входят в состав многих подходов к интегрированной помощи. Таким образом, некоторые авторы связывают или уравнивают между собой интегрированную и управляемую помощь (Hunter and Fairfield 1997; Ovreteit 1998; Vondeling 2004).

«Общим знаменателем» для всех подходов и концепций интегрированной помощи является их основная цель — улучшение результатов лечения для тех групп населения, для которых предназначена помощь (Ovreteit 1998) — как правило, это ослабленные пожилые люди и другие группы населения с различными и сложными нуждами. Таким образом, согласно Leutz (1999), цель интеграции — помочь тем категориям населения, у которых имеются «физические, врожденные или когнитивные нарушения — часто вызванные хроническими заболеваниями или состояниями». Основное внимание уделяется людям с множественными проблемами, которым необходима помощь в основных видах повседневной деятельности. Таким образом, социальное обеспечение является необходимым компонентом потребностей пользователя. Kodner and Spreeuwenberg (2002) определяют также общую цель интегрированной помощи как «улучшение качества медицинской помощи и качества жизни, повышение удовлетворенности потребителя и эффективности системы для больших со сложными долговременными нарушениями, охватывающие различные услуги, медицинские учреждения и категории обслуживания».

Противоположно этому, концепция ведения заболевания традиционно ориентирована на людей с единственным (хроническим) заболеванием или состоянием. Как концепция ведения заболевания впервые было упомянуто в США в 1980-х гг. и первоначально использовалось главным образом фармацевтическими компаниями, которые предлагали работодателям и организациям, осуществляющим управляемую помощь, программы обучения, содействующие соблюдению режима приема лекарственных средств и изменению образа жизни при таких хронических заболеваниях, как сахарный диабет, бронхиальная астма и ИБС (Bodenheimer 1999; Boston Consulting Group 2006). «Дитя сдерживания расходов» (Bodenheimer 1999), концепции ведения заболевания рассматривались как способ сократить число госпитализаций, особенно повторных, и их длительность, хотя фармацевтические компании руководствовались при этом возможностью увеличить продажи своих продуктов, а также обойти возможный риск снижения доходов от продажи рецептурных лекарств, закупленных организациями, осуществляющими управляемую помощь, в начале 1990-х гг.

С середины 1990-х гг. стратегии ведения заболеваний получили в индустрии здравоохранения США более широкое распространение, параллельно с появлением данных, указывавших на возможность сокращения расходов при лечении хронических заболеваний (Krumholz et al. 2006). К 1999 г. около 200 компаний предлагали программы ведения таких заболеваний, как сахарный диабет, бронхиальная астма, сердечная недостаточность; в то же время страховые медицинские организации, медицинские группы и больницы также все чаще предлагали собственные программы ведения заболеваний (Bodenheimer 2000). С 1997 по 2005 гг. доходы организаций, осуществляющих ведение заболеваний в США, возросли при-

мерно на 40% (с 780 млн до 1,2 млрд \$), причем основная доля этого роста пришлась на конец 1990-х гг., а в начале 2000-х гг. он несколько замедлился (Boston Consulting Group 2006).

В настоящее время финансирующие организации в США, да и в других странах, «широко используют инициативы [в области ведения заболеваний]» (Boston Consulting Group 2006). Сюда входит и федеральное правительство США, которое разработало и в экспериментальном порядке внедрило добровольную программу улучшения медицинской помощи при хронических заболеваниях в рамках системы «Медикэр» для лиц в возрасте старше 65 лет (программа Medicare Health Support, начата в 2005 г.). Программа ориентирована на различные группы больных сердечной недостаточностью и/или сахарным диабетом, проводится в жизнь частными организациями по ведению заболеваний (McCall et al. 2007). В отдельных штатах разработаны и внедрены программы ведения заболеваний в рамках программы Медикэйд (Gillespie and Rossiter 2003); в той или иной форме ведение заболеваний в системе Медикэйд осуществляется более чем в половине штатов (Smith et al. 2006). В 2005 г. две трети работодателей в компаниях со штатом 200 и более человек включали ведение заболеваний в планы медицинского страхования для своих работников, и более половины работников, охваченных этими планами страхования, обслуживались такими программами (Geuman 2007). Однако характер и сфера действия таких программ сильно различаются, от «небольших инициатив, направленных на малые группы пациентов, до масштабных программ, нацеленных практически на всех застрахованных, страдающих хроническими заболеваниями, из многочисленных групп плательщиков» (Boston Consulting Group 2006).

Важно подчеркнуть, что по мере развития «индустрии» ведения заболеваний возникли две основные тенденции, имеющие отношение к обсуждаемому нами вопросу. Во-первых, множество программ, действующих под общим названием «ведение заболеваний», делится на два основных типа: программы «на местах», руководимые поставщиком первичных медицинских услуг в учреждениях первичной медицинской помощи, и «внешние» или «выделенные» программы, которые сосредоточены на отдельных аспектах помощи или исходах лечения, в основном на обучении больных самопомощи, основанные на информационных системах (Cavanaugh et al. 2007). «Выделенные» программы обычно предлагаются коммерческими поставщиками услуг, такими как специализированные организации по ведению заболеваний, и адресованы работодателям и медицинским страховым компаниям, прежде всего как стратегии сокращения расходов (Bodenheimer 2000; Geuman 2007). Являясь «выделенными», коммерческие программы по ведению заболеваний не интегрированы в структуру первичной помощи и обычно предусматривают лишь минимальное взаимодействие с соответствующими учреждениями (Geuman 2007). Кроме того, часто они не интересуются результатами лечения или сосредоточены лишь на краткосрочных результатах. Это является одной из причин, почему термин «ведение заболевания» «некоторыми воспринимается крайне негативно» (Norris et al. 2003).

В то же время отмечается движение в сторону более широкого, охватывающего все население, подхода к ведению заболеваний (Geuman 2007). Первые программы ограничивались отдельными состояниями или забо-

лечениями; коммерческие программы, как уже говорилось, были нацелены на обучение больных и соблюдение ими режима медикаментозного лечения. Затем появились программы второго поколения, нацеленные на удовлетворение множественных потребностей больных с множественными патологиями и сопутствующими заболеваниями (Boston Consulting Group 2006; Geyman 2007). Как отметили Krumholz et al. (2006), «поскольку программы ведения заболеваний на первых порах обеспечивали узконаправленные медицинские решения, сосредоточенные на одном основном нарушении здоровья, то в стремлении к более интегрированному подходу к медицинской помощи, при котором внимание уделяется всему спектру заболеваний пациента, появилось несколько... альтернативных моделей». Как и в случае «дополнительных» программ ведения заболеваний, это привело к созданию баз административных данных и систем регистрации заболеваний для выявления тех, кто принадлежит к группам риска (Cavanaugh et al. 2007).

Как следствие этих тенденций в настоящее время (что отражает ситуацию в сфере интегрированной медицинской помощи) существует целый ряд определений понятия «ведение заболевания», которые различаются по широте охвата, направленности, целям и составу вмешательств (Norris et al. 2003). Определения варьируют от «отдельные программы, направленные на сокращение затрат и улучшение результатов лечения при определенных состояниях» (Rothman and Wagner 2003) до «систематический подход, охватывающий все население, который позволяет выявить тех, кто относится к группам риска, осуществить вмешательства, оценить их результаты и обеспечивать постоянное повышение качества» (Epstein and Sherwood 1996). Ellrodt et al. (1997) определили ведение заболевания как «подход к лечению пациента, координирующий использование медицинских ресурсов во всем диапазоне системы медицинского обслуживания», указывая, что границы между «ведением заболевания» и «интегрированной помощью» становятся все более размытыми.

Эта смешение видно также из недавнего краткого анализа систематических обзоров, целью которого была оценка эффективности используемых определений и компонентов программ интегрированной помощи при хронических заболеваниях (Ouwens et al. 2005). Из 13 рассмотренных систематических обзоров восемь фактически являлись обзорами программ ведения заболеваний, причем в каждом из них использовалось свое определение понятия «ведение заболевания»; остальные были посвящены какой-либо форме индивидуального ведения больного (два), многопрофильным бригадам или другим рабочим единицам (два) и более общим вопросам ведения больных с хроническими состояниями (один) (вставка 4.1). Несмотря на значительные отличия по широте охвата и содержанию, рассмотренные программы имели одну общую цель: уменьшить раздробленность, укрепить непрерывность медицинской помощи и координацию деятельности — те самые черты, которые, как мы установили, характерны для концепций интегрированной помощи.

В заключение следует отметить, что существует значительное перекрытие между концепцией «интегрированной помощи» и более общим понятием «ведение заболевания». Из представленного выше обзора можно сделать обоснованный вывод, что общей для них является конечная цель — улучшение исходов лечения при (сложных) хронических нарушениях здо-

Вставка 4.1. «Альтернативные» концепции медицинской помощи

Концепции медицинской помощи, которые нередко, хотя и не всегда, относят к категории «ведение заболеваний» или используют синонимично, включают в себя «индивидуальное ведение больного», «координированную помощь» и «многопрофильную помощь» (Krumholz et al. 2006). Их границы также неясны. В то время как ведение заболевания зачастую нацелено на определенные заболевания или состояния, индивидуальное ведение больного и многопрофильная помощь, как правило, ориентированы на больных с множественными или сложными потребностями, например, физически слабых пожилых людей. Несмотря на разницу в определениях и подходах (Roberts 2002; Sargent et al. 2007), одной из черт «индивидуального ведения больного» является цель концепции: сокращение потребления (незапланированного) стационарного лечения (Gravelle et al. 2007) путем разработки планов ухода или лечения с учетом потребностей конкретного больного, относящегося к группе высокого социального, финансового и медицинского риска (Krumholz et al. 2006). К пациентам прикрепляется куратор (часто специализированная медицинская сестра), который наблюдает за ними и несет ответственность за координацию и осуществление помощи (Norris et al. 2002).

Многопрофильная помощь определяется как «расширенная версия» «индивидуального ведения больного». Она также включает разработку планов лечения с учетом медицинских, социально-психологических и финансовых потребностей больных, но, в отличие от «индивидуального ведения больного», включает более широкий круг персонала, оказывающего медицинскую и социальную поддержку (врачей, медицинских сестер, диетологов, фармацевтов, социальных работников и др.) для облегчения перехода от неотложной стационарной помощи к длительному амбулаторному ведению хронических заболеваний (Krumholz et al. 2006). Аналогичным образом, координированная помощь, понятие, также используемое синонимично с «индивидуальным ведением больного», подразумевает составление и внедрение плана лечения, который должен объединить усилия медицинских и социальных работников, часто с привлечением специально назначенных лиц, ответственных за обеспечение их взаимодействия.

ровья путем преодоления раздробленности обслуживания через объединение в одно целое услуг различных поставщиков во всем диапазоне медицинской помощи. Однако, в то время как концепции интегрированной помощи зачастую связаны с сектором социального обеспечения, программы ведения заболеваний обычно ограничены связями в пределах сектора здравоохранения.

Удовлетворение потребностей больных хроническими заболеваниями: обзор концепций и моделей

С 1980-х гг. на основе опыта и данных о вмешательствах, которые направлены на удовлетворение потребностей больных хроническими заболеваниями, разработаны многочисленные концепции и модели, направленные

ные на оптимизацию медицинской помощи. Учитывая частичное перекрывание концепций интегрированной помощи и ведения заболеваний, данный раздел начинается с обзора систематики концепций интеграции, после чего описываются конкретные концепции и модели оказания помощи, сильнее всего повлиявшие на формирование подходов к ведению хронических заболеваний.

Систематика интеграции

Как видно из предыдущего раздела, интегрированная помощь является концепцией, которая используется широко, но под разными названиями. В то же время понятие интеграции дает ключ к широкому кругу подходов, цель которых — содействовать координации, взаимодействию, преемственности, сотрудничеству и налаживанию связей между различными компонентами системы медицинского обслуживания. Предпринималось несколько попыток разработать систематику интеграции в здравоохранении, которая позволяла бы проводить систематическую оценку структур и процессов, их предпосылок и влияния на организацию и оказание медицинской помощи и, в конечном счете, на результаты лечения. Основная сложность заключается в том, что, в отличие от многих других отраслей, в здравоохранении не всегда просто определить продукты и стадии производства, а также границы между ними (Simoens and Scott 1999). Важно иметь в виду, что потребители медицинских услуг внутри системы не движутся линейно к общей финальной стадии производства и, учитывая вероятностный характер процесса лечения, поставщикам услуг приходится на каждой стадии процесса преодолевать неопределенность спроса. Поэтому маловероятно, что процесс интеграции в здравоохранении будет следовать по одному пути; во многих случаях неизбежны вариации. В соответствии с этим аналитики выделяют разные измерения интеграции; наиболее распространенные виды ее систематики учитывают тип, широту охвата, степень и ход процесса интеграции.

Тип интеграции. В литературе различают функциональную интеграцию (степень координации между структурными подразделениями важнейших вспомогательных функций и видов деятельности, таких как финансовое руководство, управление трудовыми ресурсами, стратегическое планирование, управление информацией и повышение качества), организационную интеграцию (например, создание сетей, объединение, заключение контрактов или стратегических союзов между учреждениями здравоохранения), профессиональную интеграцию (например, совместная деятельность, групповые практики, контракты или стратегические союзы медицинских работников между учреждениями и организациями или внутри них) и клиническую интеграцию (степень координации медицинского обслуживания между различными работниками, функциями, видами деятельности и структурными подразделениями системы) (Shortell et al. 1994; Simoens and Scott 1999; Delnoij et al. 2002).

Широта охвата интеграцией. Характеризует спектр предоставляемых услуг медицинской помощи. Горизонтальная интеграция наблюдается между организациями или организационными подразделениями, находящимися на одном уровне в системе оказания медицинской помощи или

имеющими одинаковый статус. Вертикальная интеграция объединяет организации, находящиеся на разных уровнях иерархической структуры (Conrad and Shortell 1996; Simoens and Scott 1999; Axelsson and Axelsson 2006).

Степень интеграции. Этот показатель варьирует от полной интеграции, когда интегрированная организация несет ответственность за весь процесс помощи (включая финансирование), до сотрудничества, при котором организации несут каждая свою ответственность за предоставляемые услуги и имеют собственные критерии финансирования (Leutz 1999; также см. ниже).

Ход процесса интеграции. Различают структурную интеграцию (согласование задач, функций и действий организаций и работников системы здравоохранения), культурную интеграцию (сближение ценностей, норм, методов работы, подходов и символов, используемых (различными) участниками), социальную интеграцию (интенсификация социальных взаимоотношений между (различными) участниками) и интеграцию целей, интересов, сил и ресурсов (различных) участников (Fabbrocotti 2007).

В целом, интеграция может осуществляться в различных и сложных структурных конфигурациях, отражая различия в обстановке и исторические пути, пройденные системами здравоохранения, а также спектр возможностей для создания и поддержки связей между различными компонентами системы.

Концепции и модели оказания услуг при ведении хронических заболеваний

Опираясь на сравнение инициатив в области интеграции медицинского обслуживания и социального обеспечения, развернутых в 1990-х гг. в США и Великобритании, Leutz (1999) отмечает, что они обычно концентрировались на сравнительно небольшой группе населения с высокими потребностями, упуская из виду нужды большинства людей с хроническими заболеваниями и инвалидностью, имеющих «меньше» потребностей (Leutz 2005). Поэтому у Leutz (1999) предложена «концепция интеграции», которая описывает три уровня интеграции, установленных исходя из характеристики нужд потребителей и сфер деятельности систем. Эта схема предлагала комплексный подход, отвечающий разнообразным потребностям всех людей с хроническими и/или инвалидизирующими состояниями.

Характеристики потребностей были определены с учетом стабильности и тяжести состояния больных, длительности заболевания, срочности вмешательства, диапазона необходимых услуг и способности больного (или того, кто осуществляет уход за ним) к саморегуляции поведения. Различные сферы обслуживания были разделены на: (i) системы выявления людей с нарушениями здоровья; (ii) клиническую практику, отвечающую их нуждам; (iii) управление переходами из одной сферы медицинского обслуживания в другую; (iv) сбор информации и обмен ею; (v) индивидуальное ведение больных; (vi) распоряжение средствами, поступающими из нескольких источников; (vii) координацию услуг.

Следуя этим рассуждениям, Leutz (1999) делит потребителей услуг на

три группы: больные с легкими или умеренными нарушениями здоровья, в стабильном состоянии — нуждаются в нескольких отдельных стандартных видах медицинской помощи, способны к самообслуживанию или обладают сильными неформальными связями; больные со средним уровнем потребностей; больные с длительными, тяжелыми заболеваниями с нестабильным течением, часто нуждающиеся в неотложном вмешательстве со стороны различных секторов здравоохранения и плохо способные к самообслуживанию. Согласно Leutz (1999), первой группе, скорее всего, при медицинском обслуживании будет достаточно относительно простой, хотя постоянной, связи различных систем. Это, однако, требует, чтобы каждый поставщик услуг был осведомлен о других поставщиках и понимал их в том, что касается потребностей в области медицинского обслуживания и социального обеспечения, ответственности в сфере финансирования и критериев отбора (рис. 4.1). Связь должна осуществляться через существующие структуры в системах здравоохранения и социального обеспечения; при этом организации будут сохранять собственный круг обязанностей, применять собственные критерии финансирования и от-



Рисунок 4.1. Уровни интеграции и нужды потребителей.

Источник: Leutz (1999), с изменениями.

бора потребителей, и порядок деятельности (Goodwin et al. 2004).

На следующем уровне («средний уровень потребностей») координация также будет осуществляться преимущественно с помощью систем, существующих в разных секторах, но будет включать дополнительные, четко разработанные структуры и процессы (например, постоянный обмен информацией, планирование выписки больных, кураторов, занимающихся ведением больных) с целью координации процесса оказания помощи между различными секторами.

Последняя группа больных — с длительными, тяжелыми заболеваниями с нестабильным течением, скорее всего, максимально выиграет от высо-

кой степени интеграции между разными сферами предоставления услуг (Leutz 1999). Такая «полностью» интегрированная система предполагает ответственность за все виды услуг, ресурсы и финансирование, которая может быть возложена на одну структуру или, с помощью системы контрактов, распределена между различными организациями (Goodwin et al. 2004)².

В секторе здравоохранения примером «полностью интегрированной системы» может служить страховая медицинская организация Kaiser Permanente в США³. Goodwin et al. (2004) выявили ряд важнейших признаков, характеризующих интегрированные системы предоставления услуг, подобных Kaiser Permanente, в том числе обслуживание зарегистрированных потребителей услуг, ответственность за четко определенный комплексный пакет медицинских услуг на основе заключения контрактов, финансирование на основе объединения средств из многих источников, «закрытая» сеть (т. е. отобранная группа поставщиков медицинских услуг, работающих на контрактной основе или получающих жалованье), акцент на первичной медицинской помощи и обслуживании вне медицинских учреждений, использование приемов микроменеджмента для обеспечения надлежащего качества лечения и сдерживания расходов (например, оценка потребления услуг, ведение заболеваний), многопрофильные бригады, действующие в рамках всей сети и сообща отвечающие за результаты лечения.

Основной отличительной чертой подхода Kaiser Permanente к оказанию помощи при хронических заболеваниях является применение модели обслуживания (или оказания помощи) внутри группы потребителей; при этом застрахованные с хроническими заболеваниями делятся на три группы по уровню потребностей (Bodenheimer et al. 2002a). На уровне 1 пациенты, по Leutz, имеют относительно низкие потребности в медицинской помощи: их хроническое заболевание контролируется, а поддержку самопомощи при данном заболевании осуществляют работники первичной медицинской помощи. Сюда относится большинство людей с хроническими заболеваниями. Напротив, пациенты уровня 2 расцениваются как относящиеся к группе повышенного риска, поскольку их состояние нестабильно, или потому, что без структурированной поддержки специалистов по ведению заболевания оно может ухудшиться. Наконец, уровень 3 включает людей с очень сложными потребностями или высокой частотой использования незапланированного специализированного лечения (т. е. экстренных госпитализаций), которым необходимо активное ведение заболевания кураторами. Этот подход также получил известность как «треугольник», или «пирамида лечения» Kaiser Permanente (см. рис. 4.2).

Со временем подход Kaiser Permanente к ведению больных хроническими заболеваниями совершенствовался (Fireman et al. 2004). Сначала упор делался на планирование помощи и индивидуальное ведение больных из групп высокого риска (Bodenheimer et al. 2002a), но постепенно охват расширился, включив всех больных хроническими заболеваниями на всех трех уровнях «потребностей» в медицинском обслуживании.

Еще одной важной моделью предоставления услуг, нацеленной в первую очередь на удовлетворение потребностей больных из группы высокого риска, также появившейся в США, является модель Evercare, разработанная в конце 1980-х гг. коммерческой программой медицинского стра-



Рисунок 4.2. Уровни медицинского обслуживания потребителей по группам.

Источник: Department of Health (2005), с изменениями.

хования UnitedHealth Group для администрации штата Миннесота (UnitedHealth Europe 2005). Ее главная цель – объединить профилактику и лечение для больных с высоким риском ухудшения здоровья. Модель Evercare представляет собой одну из форм ведения заболеваний, которая первоначально была ориентирована на пожилых людей со слабым здоровьем, проживающих в домах престарелых, работающих по контракту с программой Медикэр, у которых повышен риск внеплановой госпитализации (Boaden et al. 2006). В программе используются методы выделения групп риска, позволяющие оценить требуемый уровень помощи и разработать индивидуальный план лечения, координацию и наблюдение за которым осуществляет медицинская сестра-специалист (высококвалифицированная медицинская сестра клинической практики), выступающая как куратор больного. Позднее программа охватила и пожилых людей, живущих дома.

Подходы Kaiser Permanente и UnitedHealth Group используют модели предоставления услуг, ориентированные на определенные группы населения. Другие организации разработали более общие схемы, которые, опираясь на доступные данные исследований, стремились помочь предоставить эффективную медицинскую помощь больным хроническими заболеваниями с позиций помощи по месту жительства или систем здравоохранения, зачастую с радикальными изменениями в системе медицинского обслуживания (Wagner 1998).

Возможно, наибольшее влияние оказала Модель оказания помощи при хронических заболеваниях (ССМ), разработанная в США (Wagner et al. 1999). Учтя недостатки систем здравоохранения, построенных преимущественно по модели неотложной, эпизодической помощи, при недостаточном внимании к концепции самопомощи, ССМ стремилась обеспечить комплексную теоретическую основу для организации медицинской помощи, чтобы улучшить исходы при хронических заболеваниях (Wagner et

al. 2001). Основой ССМ была посылка, что высококачественная медицинская помощь при хронических заболеваниях характеризуется продуктивным взаимодействием между бригадой врачей и больным, что включает оценку состояния, поддержку самопомощи, оптимизацию лечения и последующее врачебное наблюдение. ССМ основывается на синтезе данных по эффективности различных вмешательств при ведении (хронических) заболеваний и включает в себя четыре взаимодействующих системных компонента, которые считаются ключевыми для высокого качества медицинской помощи при хронических заболеваниях: поддержка самопомощи, структура системы медицинского обслуживания, поддержка принятия решений и клинические информационные системы (Wagner et al. 1996, 1999). Эти элементы действуют в рамках системы, которая связывает организованную надлежащим образом схему обслуживания с дополнительными ресурсами и мероприятиями по месту жительства (рис. 4.3).

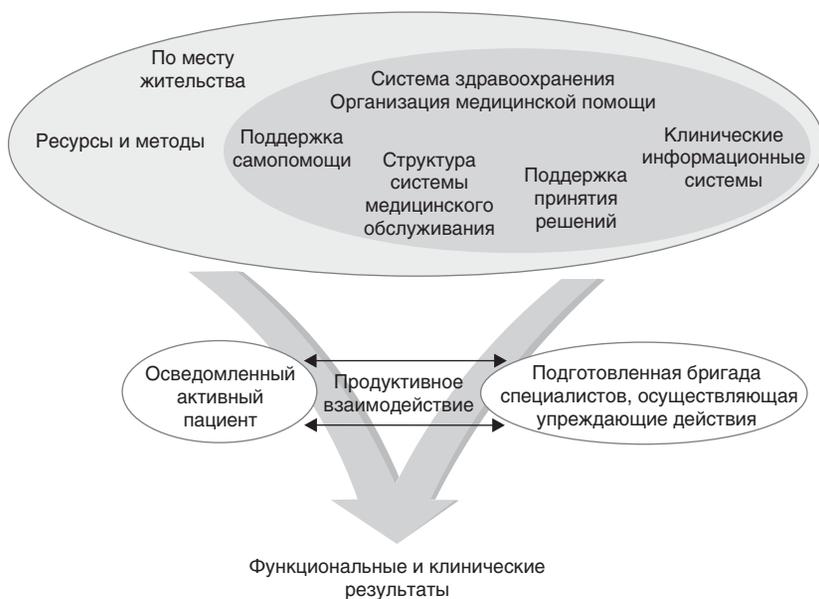


Рисунок 4.3. Модель оказания помощи при хронических заболеваниях.

Источник: Effective Clinical Practice, 1: 2–4, Wagner: Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness, ©1998, с разрешения Американской коллегии терапевтов.

ССМ применялась или служила основой перестройки медицинского обслуживания в разных условиях на всей территории США (Pearson et al. 2005; Zwar et al. 2006). На международном уровне она оказала влияние на разработку политики в области медицинской помощи при хронических заболеваниях в ряде стран, включая Австралию (Glasgow et al. 2008), Канаду (провинция Британская Колумбия (Jiwani and Dubois 2008)) и Англию (Department of Health 2005) (вставка 4.2). Немецкие аналитики рекомендовали включить принципы ССМ в существующий в Германии подход к ведению хронических заболеваний, внедренный в 2002 г. (Gensichen et al. 2006).

Вставка 4.2. Адаптация ССМ к условиям других стран

В 2000 г. в австралийском штате Новый Южный Уэльс была развернута программа помощи при хронических заболеваниях, предусматривавшая такие подходы, как назначение координаторов для людей с хроническими состояниями и поддержка создания многопрофильных бригад, включающих врачей, медицинских сестер и других медицинских работников (NSW Department of Health 2004). Результаты первого этапа программы были противоречивыми, поэтому на втором этапе был применен более широкий подход, включавший разработку собственной модели ведения хронических заболеваний (NSW Department of Health 2004). В настоящее время в рамках этого этапа продолжается работа по определению ключевых элементов модели, применимой в местных условиях, которая должна в значительной мере опираться на ССМ (Wagner et al. 1999) и разработанную ВОЗ модель новых методов оказания помощи при хронических состояниях.

В 2005 г. в Англии правительство начало внедрение Модели деятельности Государственной службы здравоохранения и сектора социального обеспечения, специально предназначенной для того, чтобы помочь медицинским и социальным учреждениям повысить качество помощи людям с хроническими заболеваниями (Singh and Fahey 2008). Модель, которая опирается на ССМ, «треугольник» Kaiser Permanente и модель Evercare, была адаптирована к особенностям и структурам Государственной службы здравоохранения (Department of Health 2005). В ней изложено, как выявлять людей с хроническими заболеваниями и оказывать им медицинскую помощь в соответствии с их потребностями. Заявленными принципами модели являются улучшение качества и доступности помощи для людей с хроническими заболеваниями и сдерживание или сокращение расходов, связанных с такой помощью (Singh and Fahey 2008).

Признавая, что некоторые аспекты ССМ не так легко применимы в других странах, особенно в условиях ограниченных ресурсов, ВОЗ, в сотрудничестве с Wagner, придала ССМ глобальный ракурс, создав Модель новых методов оказания помощи при хронических состояниях (WHO 2003; Epping-Jordan et al. 2004). Коротко говоря, она опирается на ряд руководящих принципов, действующих на трех уровнях. На *микроуровне* подчеркивается сотрудничество на равной основе между больными и их семьями, медицинскими бригадами и социальными работниками. *Мезоуровень* сосредоточен на организации медицинского обслуживания и помощи по месту жительства, с акцентом на необходимость преемственности и координации обслуживания, а также на наличие «организованных и хорошо оснащенных» медицинских бригад вместо поддержки принятия решений, с учетом того, что инструменты поддержки принятия решений могут быть неприменимы в условиях ограниченности ресурсов. Наконец, к *макроуровню*, несомненно, относятся политика и финансирование, которые рассматриваются как ключевые факторы любой успешной реакции со стороны системы здравоохранения на проблему хронических заболеваний (Epping-Jordan et al. 2004).

Существует множество других моделей предоставления услуг и более общих концепций, прямо или косвенно ориентированных на людей с хроническими заболеваниями (Singh and Nam 2006). Наше рассмотрение

сконцентрировалось на некоторых наиболее важных моделях, прежде всего на ССМ, которая была создана с целью повышения качества медицинской помощи и, в конечном счете, улучшения исходов для больных с хроническими (сложными) состояниями. И все же, как указано во вступлении к данной главе, хотя детально разработанные модели, подобные ССМ, кажутся «оправданными» и «правильными», имеющиеся данные об их эффективности по-прежнему недостаточно убедительны. В самом деле, несмотря на наличие многочисленных доказательств того, что компоненты ССМ, по отдельности или в сочетании, улучшают отдельные стадии и результаты лечения, менее ясно, необходима ли для достижения этих результатов модель в целом (Singh and Nam 2006). В следующем разделе еще раз рассматриваются некоторые данные и сохраняющиеся сомнения в отношении ССМ и ее компонентов.

Что считать доказательствами?

Опираясь на более ранний Кокрановский обзор (Renders et al. 2000), Bodenheimer et al. (2002b) провели обзор исследований, посвященных программам лечения сахарного диабета, в которых применялись компоненты ССМ. Самыми частыми из применявшихся в этих программах вмешательств (и элементов ССМ, к которым они относятся) были: обучение больных (компонент ССМ «поддержка самопомощи»); образовательные материалы и встречи с врачами (компонент ССМ «поддержка принятия решений»); использование системы кураторов, многопрофильных бригад и расписания запланированных визитов (компонент ССМ «структура системы медицинского обслуживания»); системы напоминаний и обратной связи для оценки эффективности работы врача (компонент ССМ «клинические информационные системы»). В 32 из 39 исследований вмешательство улучшило хотя бы один показатель процесса или исхода. Однако авторы отметили трудности при установлении прямой зависимости между числом компонентов ССМ или их сочетаний и общей эффективностью. Они отметили также, что исследования, включенные в обзор, отличались между собой по качеству и строгости методологии; важно также, что зачастую результаты были получены в исследовательской обстановке, а значит, необязательно оказались бы воспроизводимы в масштабах всего населения.

Bodenheimer et al. (2002b) провели обзор еще 27 исследований, посвященных конкретным вмешательствам, связанным с ССМ, и их влиянию на потребление медицинских услуг и расходы при ведении сердечной недостаточности, бронхиальной астмы и сахарного диабета. И здесь поддержка самопомощи была одним из наиболее часто используемых компонентов ССМ, образуя неотъемлемую часть всех рассмотренных вмешательств. Примерно в половине случаев вносились также определенные изменения в систему медицинского обслуживания, например, последующее наблюдение в форме посещения больного на дому, многопрофильные бригады, амбулаторные клиники под руководством медицинских сестер и ведение больного (преимущественно при сердечной недостаточности и сахарном диабете). Результаты, тем не менее, были неоднозначными: при некоторых вмешательствах в каждой категории заболеваний наблю-

дались положительные результаты (например, сокращение потребления медицинских услуг благодаря снижению числа госпитализаций или обращений в отделения неотложной помощи) и/или сокращение расходов, при других вмешательствах — нет. Авторы признали, что какие-либо общие выводы сделать трудно, поскольку в исследованиях, включенных ими в обзоры, снова оценивались конкретные программы, осуществлявшиеся в исследовательской обстановке, а не последовательные изменения в медицинском обслуживании при хронических заболеваниях. Кроме того, там, где в результате вмешательств удалось сократить затраты, такое сокращение, возможно, не носит длительного характера.

Weingarten et al. (2002) провели метаанализ 118 программ ведения заболеваний, которые были оценены в 102 исследованиях (рандомизированные контролируемые испытания, исследования «до—после», прерванные временные ряды). Метаанализ был посвящен данным по эффективности различных видов вмешательств в рамках программ ведения хронических заболеваний. Ведение заболевания определялось как «вмешательство, предназначенное для лечения или профилактики хронического заболевания в рамках системного подхода к медицинской помощи и с возможным применением множественных форм лечения» (Ellrodt et al. 1997). Системный подход определялся как «методологически разработанные положения, которые помогают врачам и больным принимать решения о надлежащем медицинском обслуживании в конкретных клинических обстоятельствах», — рекомендации, протоколы, планы лечения, стандартизированное обучение и др. (Weingarten et al. 2002), т. е. все виды вмешательств, которые могут быть рассмотрены в рамках ССМ.

Как и у Bodenheimer et al. (2002b), обучение больных составляло неотъемлемую часть большинства рассмотренных программ ведения заболеваний (92 из 118), в то время как обучение медицинских работников широко использовалось лишь в отношении отдельных видов патологии — депрессия, сахарный диабет, артериальная гипертензия, гиперлипидемия (47 из 118). Количество вмешательств и их сочетания варьировали: в 40% случаев применялось только одно вмешательство, в 35% — два, в 20% — три и примерно в 5% случаев — четыре (Weingarten et al. 2002). Те программы, где применялось обучение медицинских работников, обратная связь или уведомления, достигли значительных улучшений в соблюдении медицинскими работниками рекомендаций по порядку оказания помощи. Тем не менее, было невозможно определить, какие вмешательства привели к наибольшему относительному повышению качества медицинской помощи, поскольку в исследованиях, включенных в метаанализ, различные вмешательства не сравнивались напрямую. Сравнение было также затруднено в связи с разнообразием вмешательств, применявшихся в отношении каждого состояния. Вследствие этого авторы указывают, что скудость имеющейся информации не позволила выработать рекомендации по совершенствованию программы и определить оптимальную стратегию.

В исследовании, посвященном той же теме, Ofman et al. (2004) возвращаются к анализу Weingarten et al. (2002), в особенности в отношении качества медицинской помощи, которое определялось на основе некоторых индикаторов, характеризующих процессы и исходы. Хотя многие из рассмотренных программ ведения заболеваний улучшали качество медицинской помощи, наибольшие успехи были достигнуты в сфере удов-

летворенности больных лечением, соблюдения врачебных рекомендаций и мер по контролю над заболеванием. Результаты позволяют предположить, что ведение заболеваний может эффективно использоваться, чтобы изменить поведение больных и медицинских работников. Тем не менее, авторы предостерегают, что улучшения в исходах заболевания могут быть весьма скромными, даже если оценка результатов программ ведения заболеваний в исследованиях, удовлетворяющих строгим критериям и опубликованных в рецензируемых журналах, обнаружит статистически значимые положительные изменения в процессах лечения (Ofman et al. 2004). В обзоре показано также, что лишь в немногих исследованиях оценивались показатели потребления медицинских услуг, например, количество обращений за неотложной помощью или госпитализаций, а также величина расходов; из тех исследований, где эти показатели присутствуют, в очень немногих выявлен положительный эффект, а достигнутые результаты относительно скромны и противоречивы. Авторы также отметили, что пока имеется сравнительно мало работ, посвященных отдаленным положительным результатам в плане влияния на экономику и финансовую окупаемость инвестиций, связанных с разработкой и внедрением программ ведения заболеваний (см. также Congressional Budget Office 2004 и главу 3). Это наблюдение подтверждается в другой работе, где было показано, что положительное воздействие ведения заболеваний на потребление медицинских услуг ограничивалось случаями сердечной недостаточности, а данные о том, что ведение заболеваний может привести к суммарному сокращению прямых медицинских издержек, в лучшем случае неубедительны.

Ныне имеются многочисленные систематические обзоры, обзоры обзоров и метаанализы данных о конкретных вмешательствах при хронических заболеваниях и программах ведения заболеваний, в которых содержатся те или иные компоненты ССМ (например, Velasco Garrido et al. 2003; Gonseth et al. 2004; Neumeyer-Gromen et al. 2004; Knight et al. 2005; Singh 2005a, 2005b; Tsai et al. 2005; Adams et al. 2007). Недавний обзор Zwar et al. (2006), посвященный в первую очередь первичной медицинской помощи, содержал данные по эффективности шести элементов ССМ при их экспериментальном применении. Используя систематический анализ и обзор обзоров, они выявили ряд ключевых элементов и вмешательств, эффективных в отношении некоторых индикаторов процессов и исходов, что обобщено в табл. 4.1.

Как и в других обзорах, чаще всего воздействие на клинические показатели и результаты лечения оказывали поддержка самопомощи и изменения в структуре обслуживания, особенно в сочетании с поддержкой принятия решений и клиническими информационными системами — важными факторами, влияющими на соблюдение клинических руководств специалистами. Однако большинство данных относилось к взрослым больным с сахарным диабетом второго типа, что ограничивало возможность применения полученных результатов к другим хроническим заболеваниям. Кроме того, было мало данных о влиянии других компонентов ССМ, включая организацию медицинского обслуживания и помощь по месту жительства, что авторы частично объясняли трудностями при разработке планов исследований, посвященных этим элементам (Zwar et al. 2006).

Таблица 4.1. Краткий обзор данных по эффективности компонентов Модели оказания медицинской помощи при хронических заболеваниях

<i>Компонент</i>	<i>Эффективные вмешательства</i>	<i>Оценивавшиеся показатели</i>
Поддержка самопомощи больных	Обучающие занятия для больных Мотивационное консультирование больных Распространение обучающих материалов	Физиологические показатели заболевания Факторы, касающиеся больного: качество жизни, состояние здоровья, функциональный статус, удовлетворенность качеством обслуживания, поведение, связанное с риском для здоровья, знания, потребление медицинских услуг, соблюдение рекомендаций врача
Структура системы медицинского обслуживания	Многопрофильные бригады	Физиологические показатели заболевания Соблюдение медицинскими работниками клинических руководств Потребление медицинских услуг больными
Поддержка принятия решений	Внедрение научно обоснованных рекомендаций Занятия для повышения квалификации медицинских работников Раздача медицинским работникам учебных материалов	Соблюдение медицинскими работниками клинических руководств Физиологические показатели заболевания
Клинические информационные системы	Оценки и обратная связь	Соблюдение медицинскими работниками клинических руководств
Организация медицинской помощи	Экспериментальных данных мало	
Ресурсы по месту жительства	Экспериментальных данных мало	

Источник: Zwar et al. (2006), с изменениями.

Важно отметить, что хотя ССМ получила широкое применение как ключ к эффективному ведению хронических заболеваний и, как показано у Zwar et al. (2006), а также у других авторов, ее элементы в различных сочетаниях способствуют некоторому улучшению исходов лечения (см. выше), тем не менее, данные о влиянии ССМ как целого немногочисленны (Singh and Nam 2006). В сущности, оценка ССМ как целого была проведена лишь недавно. Например, Piatt et al. (2006), используя экспериментальный дизайн, оценили влияние ССМ на клинические результаты и поведение больных сахарным диабетом на небольшой выборке общих практик в одном из районов г. Питтсбург (штат Пенсильвания), где наблюдался дефицит медицинского обслуживания. Через 12 мес были отмечены явные улучшения в двух клинических показателях и в самостоятельном измерении уровня глюкозы крови в группе больных, охваченных ССМ, по сравнению с двумя другими группами (вмешательство, осуществляемое по-

ставщиком услуг; обычное лечение), но все остальные показатели исходов существенно не изменились.

В ходе двух взаимосвязанных исследований была проведена оценка внедрения ССМ медицинской группой в г. Миннеаполис (США). Solberg et al. (2006) задались вопросом о существовании связи между медицинским обслуживанием с включением шести компонентов ССМ и повышением качества помощи при сахарном диабете, ИБС или депрессии. Качество медицинской помощи измерялось долей больных, достигших каждой из двух отдельно взятых указанных в рекомендациях для данного заболевания целей. Анализ показал, что и применение большинства элементов ССМ, и качество помощи при сахарном диабете и ИБС за два года имели положительную динамику. Тем не менее авторам не удалось показать статистически значимую взаимосвязь между этими изменениями. Они показали также, что по двум из шести элементов ССМ – поддержке самопомощи и структуре системы медицинского обслуживания услуг, которые в других работах называются как важнейшие элементы улучшения клинических показателей и результатов лечения (например, Singh 2005a; Zwar et al. 2006) – значительных улучшений не достигнуто.

Та же группа провела качественную оценку процесса внедрения элементов ССМ (Hroschikoski et al. 2006). Анализ выявил несколько препятствий на пути успешного внедрения, в том числе слишком большое количество конкурирующих приоритетов, отсутствие избирательности изменений, отсутствие единого мнения о том, что менять в процессе оказания помощи, и малая вовлеченность врачей. Опираясь на полученные результаты, авторы считают, что ценность ССМ в том, что она может служить практическим руководством к успешному внедрению. В частности, Hroschikoski et al. (2006) отмечают, что «в качестве теоретической основы ССМ полезна как инструмент осмысления тех процессов в медицинском обслуживании, которые нуждаются в изменении». Однако, как указывают эти авторы, ССМ не может служить достаточным практическим руководством в процессе принятия решений о фактических изменениях, которые необходимо внести в процесс оказания медицинской помощи.

В целом, если судить по опубликованной литературе, данные о влиянии ССМ как целого на качество и результаты лечения остаются неубедительными, как и данные о том, какие компоненты и в каком сочетании позволяют добиться наибольших улучшений и в отношении каких процессов, результатов или показателей. Из этого, по-видимому, можно заключить, что изолированного внедрения отдельных вмешательств недостаточно (Rothman and Wagner 2003) и что, вероятно, наибольшее влияние на результаты лечения окажут модели с четкой ориентацией на больного (Zwar et al. 2006). Вместе с тем значительная часть данных исследований касается ведения всего нескольких заболеваний, таких как сахарный диабет. Меньшее внимание уделяется больным сочетанными состояниями или людям с множественными нарушениями здоровья (Piette and Kerr 2006; Struijs et al. 2006), хотя именно эта быстро растущая группа населения, для которой характерны множественные патологии и многообразные, иногда противоречивые потребности, представляет наибольшие трудности для систем здравоохранения (глава 2). Кроме того, исследования сконцентрировались на сиюминутных или краткосрочных

результатах; куда меньше известно об отдаленном влиянии подходов к ведению хронических заболеваний, особенно на клинические показатели и результаты лечения (Bailie et al. 2006). Важно подчеркнуть, что имеющиеся данные говорят о том, что влияние вмешательств в области ведения хронических заболеваний в значительной мере будет зависеть от конкретной обстановки, в рамках которой они внедряются. Это наблюдение, по-видимому, справедливо как для отдельно взятой системы оказания медицинской помощи, так и для их совокупности. Этот вопрос кратко освещается в следующем разделе.

Системный контекст ведения хронических заболеваний

Значительная часть теоретических идей и эмпирических данных заимствованы из США, где система общей и специализированной медицинской помощи крайне раздроблена и где в целом исходы для наиболее распространенных хронических заболеваний, таких как сахарный диабет, хуже, чем, например, в Европе (Nolte et al. 2006). Возможно, в качестве ответа на такую ситуацию появилось множество новых подходов к ведению заболеваний, направленных на улучшение качества лечения больных хроническими заболеваниями (Rothman and Wagner 2003). Тем не менее, учитывая различия в системах здравоохранения, в частности, в отношении охвата медицинским обслуживанием и доступности медицинской помощи, результаты из США не всегда легко адаптировать к системам здравоохранения, которые, как в Европе, характеризуются практически всеобщим доступом к медицинской помощи.

Например, применение описанного выше подхода Evercare к ведению больных сокращало затраты на медицинскую помощь у пожилых больных в домах престарелых в США. Это было достигнуто благодаря сокращению потребления таких услуг здравоохранения как госпитализации и неотложная помощь (Kane et al. 2004; UnitedHealth Europe 2005). Позднее данный подход был применен в Англии, где руководители здравоохранения видели в опыте Evercare средство высвобождения больничных ресурсов с помощью адресного ведения больных с высоким потреблением услуг или с высокой вероятностью госпитализации (Boaden et al. 2006). В основе этого лежали наблюдения о значительном потреблении ресурсов пациентами со сложными состояниями; например, на долю примерно 15% больных с тремя и более хроническими состояниями приходилось почти 30% койко-дней (Wilson et al. 2005). Начиная с пилотных проектов по применению модели Evercare при обслуживании пожилых людей со слабым здоровьем в девяти фондах первичной медицинской помощи в Англии с апреля 2003 г. (UnitedHealth Europe 2005), ведение больных постепенно стало частью национальной политики по поддержке больных хроническими заболеваниями. Принятый в 2004 г. *План совершенствования Государственной службы здравоохранения* предусматривал внедрение к 2007 г. индивидуальных планов ведения больных во всех фондах первичной медицинской помощи, для чего предусматривалось введение должности старших медицинских сестер (участковых патронажных сестер) (Department of Health 2004; см. также главу 7). Ожидаемые плюсы включали повышение качест-

ва медицинской помощи и, благодаря профилактике или отсрочке осложнений, снижение числа неотложных, а также длительных, госпитализаций.

Эти ожидания пока не оправдываются. Согласно двум исследованиям, данные о том, что методы индивидуального ведения больного предупреждают госпитализацию и обращение за неотложной помощью, недостаточно обоснованы (Hutt et al. 2004; Singh 2005a). В обеих работах авторы доказывают, что результаты исследований, полученные в одной обстановке, нельзя механически переносить на другие случаи, а значит, эффективность комплексных подходов к ведению больного, скорее всего, зависит от характеристик целевой группы больных и системы оказания медицинской помощи, в которой осуществляется вмешательство. Этот вывод подтверждается оценкой «пилотного проекта Evercare» в Государственной службе здравоохранения Англии, которая не выявила преимуществ в виде снижения числа обращений за неотложной помощью и сокращения количества койко-дней, чего можно было бы ожидать с учетом сокращения затрат, которое дает модель Evercare в США (Gravelle et al. 2007) (вставка 4.3).

Вставка 4.3. Методы индивидуального ведения больных в Англии

Gravelle et al. (2007) проанализировали воздействие «пилотного проекта Evercare», в рамках которого вводились индивидуальные планы лечения для пожилых людей в Англии, на исходы лечения. Исследование включало анализ данных о госпитализациях в 62 общих практиках до и после внедрения модели Evercare (с апреля 2004 г. по май 2005 г.). Ключевой особенностью данного подхода является использование специализированных медицинских сестер (высококвалифицированных медицинских сестер клинической практики), которые наблюдают за процессом медицинского обслуживания больных из групп риска и координируют его, опираясь на индивидуальные планы лечения, разработанные в целях улучшения функционального статуса и качества жизни больного и предотвращения госпитализаций. В родственном качественном исследовании Boaden et al. (2006) отмечено улучшение качества медицинской помощи (рост частоты контактов с больными, регулярное наблюдение, социально-психологическая поддержка и более широкие возможности направления к специалистам, которые раньше не предоставлялись пожилым людям со слабым здоровьем). Однако Gravelle et al. (2007) не смогли продемонстрировать значимого воздействия данного вмешательства на число случаев экстренной госпитализации, длительность таких госпитализаций и смертность в группе людей старше 65 лет с высоким риском госпитализации. Вследствие этого сделан вывод, что внедрение в Англии программы индивидуального ведения больных среди пожилых людей со слабым здоровьем позволило расширить диапазон услуг первичной помощи, но не привело к связанному с этим сокращению числа госпитализаций. Несмотря на то, что это отсутствие связи отчасти может объясняться увеличением числа случаев заболеваний, общие результаты данной оценки не подтверждают, что участие медицинских сестер способно снизить количество госпитализаций у больных, которые ранее уже госпитализировались в экстренном порядке (Gravelle et al. 2007; Sargent et al. 2007).

Индивидуальные планы лечения стали ключевым компонентом программы сестринского патронажа по месту жительства в Англии, в рамках которой старшие медицинские сестры (патронажные сестры) работают с больными в качестве кураторов. Тем не менее, как показывают данные Boaden et al. (2006), хотя патронажные сестры могут быть популярны у пациентов и содействуют доступности медицинской помощи, эта программа сама по себе в отсутствие более радикальной перестройки системы вряд ли снизит число госпитализаций.

Аналогичные выводы были сделаны в ряде исследований, проведенных в США Управлением по делам ветеранов, которое обеспечивает ветеранов медицинской помощью; его интегрированная структура имеет много общих черт с такими системами, как Государственная служба здравоохранения Великобритании. Эти исследования указывают на то, что индивидуальные планы лечения или координационные механизмы сами по себе не снижают числа госпитализаций, в том числе повторных, у больных со сложными потребностями; лишь последующие крупные изменения всей системы, включавшие применение целого ряда стратегий, содействовавших более широкому использованию первичной помощи, привели к сокращению числа госпитализаций (Kizer et al. 2000).

Недавнее исследование Schmittdiel et al. (2006) оценило связь между ориентацией на первичную помощь (см. ниже) и внедрением ССМ в одномоментном исследовании выборки медицинских групп и ассоциаций независимых врачебных практик в США, в которых имеется более 20 врачей, которые занимались бы лечением больных с хроническими заболеваниями. Показатели ориентации на первичную помощь были взяты из работы Starfield et al. (2005), где выявлен ряд ключевых черт первичной помощи, таких как степень регулирования обращения к специалистам, непрерывность/длительность, полнота обслуживания, уровень координации услуг и подотчетность. Внедрение ССМ оценивалось по пяти параметрам: деятельность по месту жительства, поддержка самопомощи, структура системы предоставления услуг, поддержка принятия решений и клинические информационные системы. Эти параметры были далее разбиты на 11 направлений деятельности. Исследование показало, что из восьми показателей, характеризующих ориентацию на первичную помощь, шесть (отражающих полноту обслуживания, подотчетность и уровень координации) были значимо и положительно связаны с использованием 11 направлений деятельности ССМ. Schmittdiel et al. (2006) делают вывод, что организации, «принявшие на вооружение шесть основных черт первичной помощи... шире используют методы ведения заболевания при хронических состояниях». Специфика одномоментного исследования не дает возможности определить направление причинно-следственной связи (т. е. верно ли, что более четкая ориентация на первичную медицинскую помощь облегчает внедрение элементов ССМ, или наоборот). Тем не менее, результаты указывают на то, что четкая ориентация на первичную медицинскую помощь может положительно сказаться на внедрении элементов ведения хронических заболеваний, и, следовательно, системам, характеризующимся четкой ориентацией на первичную помощь, будет проще внедрять методы работы, приносящие пользу больным хроническими заболеваниями.

Это соображение важно, поскольку характер первичной помощи в странах Европы значительно различается. Если пренебречь конкретикой,

можно сказать, что модель, существующая в Соединенном Королевстве, существует также в Нидерландах и скандинавских странах. Первичная медицинская помощь в значительной степени основывается на многопрофильных бригадах врачей, медицинских сестер и других медицинских работников (Ettelt et al. 2006). Больные прикрепляются к определенному учреждению первичной медицинской помощи, через которое осуществляется направление к специалистам. Во многих странах с хорошо развитой системой первичной помощи произошел постепенный сдвиг в ведении многих хронических заболеваний в сторону амбулаторных клиник под руководством медицинских сестер (вставка 4.4). В настоящее время накоплен значительный объем данных по многим странам и различным заболеваниям, свидетельствующих о том, что этот подход обеспечивает лучшие результаты, чем традиционное лечение под руководством врача; кроме того, он может вести к сокращению расходов (Singh 2005b; Vrijhoef et al. 2001), хотя эту модель нельзя принять повсеместно (Smith et al. 2001; см. также главу 7).

Напротив, в большинстве стран Европы, где здравоохранение финансируется из взносов социального страхования, можно свободно выбирать

Вставка 4.4. Амбулаторные клиники под руководством медицинских сестер в Швеции

Медицинские сестры играют все возрастающую роль в шведской системе здравоохранения, оказывая высококвалифицированную помощь пациентам с хроническими и сложными состояниями, такими как сахарный диабет и бронхиальная астма; им также предоставлено ограниченное право назначать лекарственные средства (Buchan and Calman 2005). К концу 1990-х гг. при двух третях больниц были созданы амбулаторные клиники под руководством медицинских сестер для ведения больных сердечной недостаточностью; они опирались на клинические протоколы, причем медицинским сестрам было предоставлено право в пределах этих протоколов изменять режим медикаментозной терапии (Stromberg et al. 2001).

Сегодня клиники под руководством медицинских сестер на базе центров первичной медицинской помощи и больничных поликлиник встречаются по всей Швеции. В них осуществляется ведение больных сахарным диабетом и артериальной гипертонией, в некоторых также больных аллергическими заболеваниями/бронхиальной астмой/ХОБЛ, психическими заболеваниями и сердечной недостаточностью (Karlberg 2008). Общее число таких клиник в Швеции оценить трудно; однако они есть почти при каждом медицинском учреждении и центре первичной медицинской помощи. Больших региональных различий в числе и структуре таких клиник нет, но комплектация персоналом зависит от района обслуживания. Одна или более диабетических сестер могут работать, в частности, с диетологами, подиатрами, хирургами и диabetологами-эндокринологами.

Основной причиной роста числа клиник под руководством медицинских сестер являются как экономические факторы, так и создание новых возможностей карьерного роста для медицинских сестер. Другим фактором является развитие системы, более ориентированной на больного, которая облегчает доступ к медицинской помощи за счет консультаций по телефону и поддержки пожилых больных, испытывающих трудности в общении.

семейных врачей и специалистов, работающих в амбулаторном секторе. В этой модели врачи чаще всего имеют индивидуальную практику и, как во многих системах в США, амбулаторный и больничный секторы строго отделены друг от друга. Вследствие этого, такие страны, как Германия, стараются следовать подходу США, внедряя структурированные программы ведения заболеваний для некоторых состояний. Предварительные данные говорят об успехах в том, что касается потребления услуг и улучшения результатов лечения (Nordrheinische Gemeinsame Einrichtung Disease Management Programme GbR 2004; Petro et al. 2005); в настоящее время ведутся систематические оценки (например, Joos et al. 2005). Однако это дополнительные услуги, они не изменили общую структуру первичной медицинской помощи в стране (Siering 2008) и в настоящее время сосредоточены лишь на некоторых заболеваниях. Таким образом, применяющегося сейчас подхода недостаточно для удовлетворения потребностей большинства больных хроническими заболеваниями (Gensichen et al. 2006; Siering 2008).

Выводы

В настоящее время складывается общее мнение о том, что эффективное ведение сложных хронических заболеваний является одной из самых больших трудностей, с которыми столкнулись сегодня системы здравоохранения. В целом не вызывает возражений и то, что потребуются новые способы оказания медицинской помощи, включающие интеграцию поставщиков медицинских услуг или, как минимум, гораздо более тесную координацию их действий. Однако что касается того, как всего этого достигнуть, единства гораздо меньше. Отчасти это результат многообразия используемой терминологии, которая скорее сбивает с толку, чем вносит ясность. Нередко одни и те же слова для разных людей означают абсолютно разные вещи. Однако это также и отражение реальности: системы здравоохранения зависят от избранного ими пути, и выбор направления движения в будущем ограничен тем, что происходило в прошлом. Каждая система характеризуется определенным комплексом взаимоотношений между различными специалистами и учреждениями, оказывающими медицинскую помощь, и при переменах необходимо учитывать реальные возможности (хотя в тех случаях, когда ограничения, создаваемые существующей системой, непреодолимы, может потребоваться более радикальный подход). В силу обеих этих причин нельзя полагаться на то, что модель оказания медицинской помощи, разработанная в одних условиях, может быть прямо перенесена в другие. Опыт применения моделей из США в Соединенном Королевстве демонстрирует те «подводные камни», которые могут при этом обнаружиться. Однако похоже, что внедрение новых моделей медицинской помощи происходит легче в системах здравоохранения с четкой ориентацией на первичную помощь, с единственным пунктом доступа к системе, обеспечивающим непрерывность медицинской помощи.

Решение о том, как двигаться вперед, каждая система здравоохранения должна принимать отдельно. Целесообразно начать с определения характера необходимой интеграции, включая ее тип, масштаб, степень и процесс.

Необходимо учитывать также крайнее разнообразие тех, кто страдает хроническими заболеваниями: части больных нужно лишь, чтобы обслуживающие их медицинские работники обменивались информацией, в то время как другой части потребуются хорошо управляемые и тесно интегрированные услуги, с тем, чтобы никто из них не остался неохваченным.

В настоящее время существует целый ряд моделей, на примере которых могут учиться руководители здравоохранения в поисках решения, удовлетворяющего их потребностям. Модель оказания помощи при хронических заболеваниях (ССМ) опирается на крепкую теоретическую базу, определяющую ключевые элементы, которые необходимо учитывать в рамках любой стратегии. В то же время руководителю здравоохранения при разработке политики мешают, во-первых, скудость качественных данных о различных элементах ССМ и аналогичных моделей, а во-вторых, еще более скудные данные о возможностях переноса таких моделей в другие системы. Возможно, единственное, что можно утверждать с некоторой определенностью — не следует надеяться на то, что новые модели медицинской помощи обязательно приведут к сокращению расходов. Существует явная необходимость в дальнейших оценках новых моделей медицинской помощи, внедренных в Европе, что позволит расширить базу имеющихся данных.

Примечания

1. Согласно Библии, это была башня, выстроенная, чтобы достичь неба. Но Бог спутал эти планы, перемешав языки строителей так, что они перестали понимать друг друга (Бытие 11:1–9) (Soanes and Stevenson 2005).
2. Опираясь на то же представление о непрерывности обслуживания, другие авторы развили этот подход (Goodwin et al. 2004; Ahgren and Axelsson 2005). Например, Ahgren and Axelsson (2005) выделили пять уровней: (i) полная сегрегация, полное отсутствие любых форм интеграции между услугами; (ii) связь; (iii) сетевая координация; (iv) кооперация, при которой организации или организационные подразделения отделены друг от друга, но их работа координируется специально назначенными сетевыми менеджерами; (v) полная интеграция, «новая» организация, объединяющая средства из разных источников и ответственная за весь спектр услуг.
3. Медицинская организация Kaiser Permanente является плодом сотрудничества трех организаций: страховой организации Kaiser Foundation Health Plan (страхование и финансовая деятельность), Kaiser Foundation Hospitals (владеет значительной частью физических активов, включая больницы и клиники) и Permanente Medical Groups (медицинские группы, ответственные за обслуживание). Восемь региональных медицинских групп организованы и действуют как автономные многопрофильные групповые практики; каждая из них заключает договор на медицинское обслуживание со страховой организацией (KHFP-H) и отвечает за организацию и обеспечение необходимой медицинской помощи в конкретном регионе (Wallace 2005).

Литература

- Adams, S., Smith, P., Allan, P. et al. (2007) Systematic review of the Chronic Care Model in chronic obstructive pulmonary disease prevention and management, *Arch Intern Med*, 167: 551–61.

- Ahgren, B. and Axelsson, R. (2005) Evaluating integrated health care: a model for measurement, *Int J Integr Care*, 5: 1–9.
- Axelsson, R. and Axelsson, S. (2006) Integration and collaboration in public health: a conceptual framework, *Int J Health Plann Manage*, 21: 75–88.
- Bailie, R., Robinson, G., Kondalsamy-Chennakesavan, S., Halpin, S. and Wang, Z. (2006) Investigating the sustainability of outcomes in a chronic disease treatment programme, *Soc Sci Med*, 63: 1661–70.
- Boaden, R., Dusheiko, M., Gravelle, H. et al. (2006) *Evercare Evaluation: Final Report*. Manchester: National Primary Care Research and Development Centre.
- Bodenheimer, T. (1999) Disease management: promises and pitfalls, *N Engl J Med*, 340: 1202–5.
- Bodenheimer, T. (2000) Disease management in the American market, *BMJ*, 320: 563–6.
- Bodenheimer, T., Wagner, E. and Grumbach, K. (2002a) Improving primary care for patients with chronic illness, *JAMA*, 288: 1775–9.
- Bodenheimer, T., Wagner, E. and Grumbach, K. (2002b) Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2, *JAMA*, 288: 1909–14.
- Boston Consulting Group (2006) *Realizing the Promise of Disease Management*. Boston, MA: Boston Consulting Group.
- Buchan, J. and Calman, L. (2005) *Skill-mix and Policy Change in the Health Workforce: Nurses in Advanced Roles*. Paris: OECD.
- Cavanaugh, K., White, R. and Rothman, R. (2007) Exploring disease management programs for diabetes mellitus, *Dis Manage Health Outcomes*, 15: 73–81.
- Congressional Budget Office (2004) *An Analysis of the Literature on Disease Management Programs*. Washington, DC: Congressional Budget Office.
- Conrad, D. and Shortell, S. (1996) Integrated health systems: promise and performance, *Front Health Serv Manage*, 13: 3–40.
- Delnoij, D., Klazinga, N. and Glasgow, I. (2002) Integrated care in an international perspective, *Int J Integr Care*, 2: 1–4.
- Department of Health (2004) *The NHS Improvement Plan. Putting People at the Heart of Public Services*. London: Department of Health.
- Department of Health (2005) *Supporting People with Long Term Conditions. An NHS and Social Care Model to Support Local Innovation and Integration*. London: Department of Health.
- Dowling, B., Powell, M. and Glendinning, C. (2004) Conceptualising successful partnerships, *Health Soc Care Commun*, 12: 309–17.
- Ellrodt, G., Cook, D., Lee, J. et al. (1997) Evidence-based disease management, *JAMA*, 278: 1687–92.
- Epping-Jordan, J., Pruitt, S., Bengoa, R. and Wagner, E. (2004) Improving the quality of care for chronic conditions, *Qual Saf Health Care*, 13: 299–305.
- Epstein, R. and Sherwood, L. (1996) From outcomes research to disease management: a guide for the perplexed, *Ann Intern Med*, 124: 832–7.
- Ettelt, S., Nolte, E., Mays, N. et al. (2008) *Медицинская помощь вне стационара. Получение общеврачебной и специализированной медицинской помощи в восьми странах*. Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.
- Fabbricotti, I. (2007) *Taking Care of Integrated Care: Integration and Fragmentation in the Development of Integrated Care Arrangements*. Rotterdam: Erasmus University.
- Fireman, B., Bartlett, J. and Selby, J. (2004) Can disease management reduce health care costs by improving quality? *Health Aff*, 23: 63–75.
- Gensichen, J., Muth, C, Butzlaff, M. et al. (2006) The future is chronic: German primary care and the Chronic Care Model, *Zaerztl Fortbild Qual Gesundheitswes*, 100: 365–74.
- Geyman, J. (2007) Disease management: panacea, another false hope, or something in between? *Ann Fam Med*, 5: 257–60.
- Gillespie, J. and Rossiter, L. (2003) Medicaid disease management programmes, *Dis Manage Health Outcomes*, 11: 345–61.

- Glasgow, N., Zwar, N., Harris, M., Hasan, I. and Jowsey, T. (2008) Australia, in E. Nolte, C. Knai and M. McKee (eds) *Managing Chronic Conditions: Experience in Eight Countries*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Gonseth, J., Guallar-Castillon, P., Banegas, J. and Rodriguez-Artalejo, F. (2004) The effectiveness of disease management programmes in reducing hospital re-admission in older patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis of published reports, *Eur Heart J*, 25: 1570–95.
- Goodwin, N., Perri, G., Peck, E., Freeman, T. and Posaner, R. (2004) *Managing Across Diverse Networks of Care: Lessons From Other Sectors*. London: National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D.
- Gravelle, H., Dusheiko, M., Sheaff, R. et al. (2007) Impact of case management (Evercare) on frail elderly patients: controlled before and after analysis of quantitative outcome data, *BMJ*, 334: 31–4.
- Groene, O. and Garcia-Barbero, M. (2001) Integrated care. A position paper of the WHO European office for integrated health care services, *Int J Integr Care*, 1: 1–16.
- Hardy, B., Mur-Veemanu, I., Steenbergen, M. and Wistow, G. (1999) Inter-agency services in England and the Netherlands, *Health Policy*, 48: 87–105.
- Howarth, M. and Haigh, C. (2007) The myth of patient centrality in integrated care: the case of back pain, *Int J Integr Care*, 7: e27.
- Hroschikowski, M., Solberg, L., Sperl-Hillen, J. et al. (2006) Challenges of change: a qualitative study of chronic care model implementation, *Ann Fam Med*, 4: 317–26.
- Hunter, D. and Fairfield, G. (1997) Managed care: disease management, *BMJ*, 315: 50–3.
- Hutt, R., Rosen, R. and McCauley, J. (2004) *Case-managing Long-term Conditions. What Impact does it have in the Treatment of Older People?* London: King's Fund.
- Jiwani, I. and Dubois, C. (2008) Canada, in E. Nolte, C. Knai and M. McKee (eds) *Managing Chronic Conditions: Experience in Eight Countries*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Joos, S., Rosemann, T., Heiderhoff, M. et al. (2005) ELSID-Diabetes study-evaluation of a large scale implementation of disease management programmes for patients with type 2 diabetes. Rationale, design and conduct: a study protocol, *BMC Public Health*, 5: 99.
- Kane, R., Homyak, P., Bershadsky, B., Flood, S. and Zhang, H. (2004) Patterns of utilization for the Minnesota Senior Health Options Program, *J Am Geriatrics Soc*, 52: 2039–44.
- Karlberg, I. (2008) Sweden, in E. Nolte, C. Knai and M. McKee (eds) *Managing Chronic Conditions: Experience in Eight Countries*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Kizer, K., Demakis, J. and Feussner, J. (2000) Reinventing VA health care: systematizing quality improvement and quality innovation, *Med Care*, 38(Suppl 1): 7–16.
- Knight, K., Badamgarav, E., Henning, J. et al. (2005) A systematic review of diabetes disease management programmes, *Am J Manag Care*, 11: 241–50.
- Kodner, D. and Spreeuwenberg, C. (2002) Integrated care: meaning, logic, applications, and implications: a discussion paper, *Int J Integr Care*, 2: e12.
- Krumholz, H., Currie, P., Riegel, B. et al. (2006) A taxonomy for disease management: a scientific statement from the American Heart Association Disease Management Taxonomy Writing Group, *Circulation*, 114: 1432–45.
- Leichsenring, K. (2004) Developing integrated health and social care services for older persons in Europe, *Int J Integr Care*, 4: e10.
- Leutz, W. (1999) Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom, *Milbank Q*, 77: 77–110.
- Leutz, W. (2005) Reflections on integrating medical and social care: five laws revisited, *J Integrated Care*, 13: 3–11.
- Mattke, S., Seid, M. and Ma, S. (2007) Evidence for the effect of disease management: is \$1 billion a year a good investment? *Am J Manag Care*, 13: 670–6.

- Maynard, A. and Bloor, K. (1998) *Managed Care: Panacea or Palliation?* London: Nuffield Trust.
- McCall, N., Cromwell, J. and Bernhard, S. (2007) *Evaluation of Phase I of Medicare Health Support (formerly Voluntary Chronic Care Improvement) Pilot Program under Traditional Fee-for-service Medicare*. Baltimore, MD: Centers for Medicare and Medicaid Services.
- Neumeyer-Gromen, S., Lampert, T., Stark, K. and Kalligschnigg, G. (2004) Disease management programs for depression. A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials, *Med Care*, 42: 1211–21.
- Niskanen, J. (2002) Finnish care integrated? *Int J Integr Care*, 2: 1–10.
- Nolte, E., Bain, C. and McKee, M. (2006) Diabetes as a tracer condition in international benchmarking of health systems, *Diabetes Care*, 29: 1007–11.
- Nordrheinische Gemeinsame Einrichtung Disease Management Programme GbR (2004) *Qualitätssicherungsbericht 2004. Disease-Management-Programme in Nordrhein*. Düsseldorf: Nordrheinische Gemeinsame Einrichtung Disease Management Programme GbR.
- Norris, S., Nichols, P., Caspersen, C. et al. (2002) The effectiveness of disease and case management for people with diabetes. A systematic review, *Am J Prev Med*, 22: 15–38.
- Norris, S., Glasgow, R., Engelgau, M., O'Conno, P. and McCulloch, D. (2003) Chronic disease management. A definition and systematic approach to component interventions, *Dis Manage Health Outcomes* 11: 477–88.
- NSW Department of Health (2004) *NSW Chronic Care Program 2000–2003. Strengthening Capacity for Chronic Care in the NSW Health System*. Sydney: NSW Department of Health.
- Ofman, J., Badamgarav, E., Henning, J. et al. (2004) Does disease management improve clinical and economic outcomes in patients with chronic diseases? A systematic review, *Am J Med*, 117: 182–92.
- Ouwens, M., Wollersheim, H., Hermens, R., Hulscher, M. and Grol, R. (2005) Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews, *Int J Qual Health Care* 17: 141–6.
- Ovretveit, J. (1998) *Integrated Care: Models and Issues. A Nordic School of Public Health Briefing Paper*. Goteborg: Nordic School of Public Health.
- Pearson, M., Wu, S., Schaefer, J. et al. (2005) Assessing the implementation of the chronic care model in quality improvement collaboratives, *Health Serv Res*, 40: 978–95.
- Petro, W., Schulenburg, J., Greiner, W. et al. (2005) Effizienz eines Disease Management Programmes bei Asthma, *Pneumologie*, 59: 101–7.
- Piatt, G., Orchard, T., Emerson, S. et al. (2006) Translating the Chronic Care Model into the community. Results from a randomized controlled trial of a multifaceted diabetes care intervention, *Diabetes Care*, 29: 811–17.
- Piette, J. and Kerr, E. (2006) The impact of comorbid chronic conditions on diabetes care, *Diabetes Care*, 29: 725–31.
- Plochg, T. and Klazinga, N. (2002) Community-based integrated care: myth or must? *Int J Qual Health Care*, 14: 91–101.
- Renders, C., Valk, G., Griffin, S. et al. (2000) Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings, *Cochrane Database Syst Rev* 4: CD000541.
- Roberts, D. (2002) Reconceptualizing case management in theory and practice: a frontline perspective, *Health Serv Manage Res*, 15: 147–64.
- Rothman, A. and Wagner, E. (2003) Chronic illness management: what is the role of primary care? *Ann Intern Med*, 138: 256–61.
- Sargent, P., Pickard, S., Sheaff, R. and Boaden, R. (2007) Patient and carer perceptions of case management for long-term conditions, *Health Soc Care Commun*, 15: 511–19.
- Schmittiel, J., Shortell, S., Rundall, T., Bodenheimer, T. and Selby, J. (2006) Effect of primary health care orientation on chronic care management, *Ann Fam Med*, 4: 117–23.

- Shortell, S., Gillies, R. and Anderson, D. (1994) The new world of managed care: creating organized delivery systems, *Health Aff*, 13: 46–4.
- Shortell, S., Gillies, R., Anderson, D., Erickson, K. and Mitchell, J. (2000) *Remaking Health Care in America. The Evolution of Organized Delivery Systems*, 2nd ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Siering, U. (2008) Germany, in E. Nolte, C. Knai and M. McKee (eds) *Managing Chronic Conditions: Experience in Eight Countries*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Simoens, S. and Scott, A. (1999) *Towards a Definition and Taxonomy of Integration in Primary Care*. Aberdeen: University of Aderdeen.
- Singh, D. (2005a) *Transforming Chronic Care. Evidence about Improving Care for People with Long-term Conditions*. Birmingham: University of Birmingham, Surrey and Sussex PCT Alliance.
- Singh, D. (2005b) *Which Staff Improve Care for People with Long-term Conditions? A Rapid Review of the Literature*. Birmingham: University of Birmingham and NHS Modernisation Agency.
- Singh, D. and Fahey, D. (2008) England, in E. Nolte, C. Knai and M. McKee (eds) *Managing Chronic Conditions: Experience in Eight Countries*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Singh, D. and Ham, C. (2006) *Improving Care for People with Long-term Conditions. A Review of UK and International Frameworks*. Birmingham: University of Birmingham, NHS Institute for Innovation and Improvement.
- Smith, B., Appleton, S., Adams, R., Southcott, A. and Ruffin, R. (2001) Home care by outreach nursing for chronic obstructive pulmonary disease, *Cochrane Database Syst Rev*, 3: CD000994.
- Smith, V., Gifford, K., Ellis, E. et al. (2006) *Low Medicaid Spending Growth amid Rebounding State Revenues. Results From a 50-state Medicaid Budget Survey, State Fiscal Years 2006 and 2007*. Washington: Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured.
- Soanes, C. and Stevenson, A. (2005) *The Oxford Dictionary of English*. Oxford: Oxford University Press. <http://www.oxfordreference.com/> (accessed 19 July 2007).
- Solberg, L., Crain, A., Sperl-Hillen, J. et al. (2006) Care quality and implementation of the chronic care model: a quantitative study, *Ann Fam Med*, 4: 310–16.
- Starfield, B., Shi, L. and Macinko, J. (2005) Contribution of primary care to health systems and health, *Milbank Q*, 83: 457–502.
- Stromberg, A., Martensson, J., Fridlund, B. and Dahlstrom, U. (2001) Nurse-led heart failure clinics in Sweden, *Eur J Heart Fail*, 3: 139–44.
- Struijs, J., Baan, C., Schellevis, F., Westert, G. and van den Bos, G. (2006) Comorbidity in patients with diabetes mellitus: impact on medical health care utilization, *BMC Health Serv Res*, 6: 84.
- Tsai, A., Morton, S., Mangione, C. and Keeler, E. (2005) A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illness, *Am J Manag Care*, 11: 478–88.
- UnitedHealth Europe (2005) *Assessment of the Evercare Programme in England 2003–2004*. London: UnitedHealth.
- Velasco Garrido, M., Busse, R. and Hisashige, A. (2003) *Are Disease Management Programmes (DMPs) Effective in Improving Quality of Care for People with Chronic Conditions?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. <http://www.euro.who.int/document/e82974.pdf>.
- Vondeling, H. (2004) Economic evaluation of integrated care: an introduction, *Int J Integr Care*, 4: e20.
- Vrijhoef, H., Spreeuwenberg, C., Eijkelberg, I., Wolffenbuttel, B. and van Merode, G. (2001) Adoption of disease management model for diabetes in region of Maastricht, *BMJ*, 323: 983–5.
- Wagner, E. (1998) Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract*, 1: 2–4.

- Wagner, E., Austin, B. and von Korff, M. (1996) Organizing care for patients with chronic illness, *Milbank Q*, 74: 511–14.
- Wagner, E., Davis, C., Schaefer, J., Von Korff, M. and Austin, B. (1999) A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature? *Manage Care Q*, 7: 56–66.
- Wagner, E., Austin, B., Davis, C. et al. (2001) Improving chronic illness care: translating evidence into action, *Health Aff*, 20: 64–78.
- Wallace, P. (2005) Physician involvement in disease management as part of the CCM, *Health Care Financ Rev*, 27: 19–31.
- Weingarten, S., Henning, J., Badamgarav, E. et al. (2002) Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness: which ones work? Meta-analysis of published reports, *BMJ*, 325: 925–32.
- WHO (2003) *Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action*. Geneva: World Health Organization.
- Wilson, T., Buck, D. and Ham, C. (2005) Rising to the challenge: will the NHS support people with long-term conditions? *BMJ*, 330: 657–61.
- Zwar, N., Harris, M., Griffiths, R. et al. (2006) *A Systematic Review of Chronic Disease Management*. Sydney: Australian Primary Health Care Institute.

Профилактика хронических заболеваний – дело, которое касается каждого

Thomas E. Novotny

Введение

Эта глава посвящена профилактике хронических заболеваний, поскольку в будущем их бремя в Европе и в мире будет в значительной степени определяться сокращением основных факторов риска этих заболеваний, включая курение, ожирение и неправильное питание, гиперхолестеринемию, артериальную гипертензию, злоупотребление алкоголем, малоподвижный образ жизни и некоторые инфекционные заболевания. Кроме того, в этой главе рассматривается влияние на эти факторы риска отдаленных факторов, таких как демографические изменения, бедность и другие социальные детерминанты, глобализация и окружающая среда. Приведены примеры эффективных профилактических мер, как на индивидуальном уровне, так и на уровне всего населения, и в заключение обрисована особая роль систем здравоохранения в профилактике хронических заболеваний.

Факторы риска хронических заболеваний в Европе

Тенденции в факторах риска и в бремени болезни, связанном с конкретными факторами риска, подробно оценивались в недавних работах Ezzati et al. (2004) и Lopez et al. (2006). Количественная оценка этих факторов риска и обусловленного ими бремени болезни является ключом к пониманию того, как строить профилактику хронических заболеваний при помощи правильно ориентированных мер политики здравоохранения. С момента публикации в 1990 г. доклада «Исследование заболеваемости во всем мире» изложенный в нем подход стал основным методом, позволяющим оценить влияние заболеваний на системы здравоохранения и населе-

ние и создать основу для определения приоритетов исследований. Он содержит общий инструментарий для оценки бремени болезней (с использованием диагностических категорий Международной классификации болезней (МКБ)) и их основных факторов риска. Для детального ознакомления с методологией читатели могут обратиться к вспомогательному материалу из работы Lopez et al. (2006), доступному в Интернете по адресу: <http://www.dcp2.org/pubs/GBD>. Простейшая схема связей между социальными детерминантами, факторами окружающей среды, факторами риска и исходами заболеваний дана на рис. 5.1. Чтобы напомнить читателям о факторах риска и о том, как они могут привести к хроническим заболеваниям, можно использовать следующие пять критериев причинно-следственной связи (Hill 1965):

- постоянство связи;
- устойчивость (сила) связи;
- специфичность связи;
- временная зависимость связи;
- согласованность связи.

Эта глава в основном посвящена дополнительному критерию наличия причинно-следственной связи: устранение фактора риска ведет к сокращению заболеваемости. Профилактика может снизить бремя хронических болезней, уменьшая воздействие факторов риска; в ее структуру должны входить первичный, вторичный и третичный подходы. Если говорить коротко, то первичная профилактика осуществляется до развития заболевания (например, профилактика курения среди молодежи для предотвращения заболеваемости раком легких); вторичная профилактика направлена на тех, у кого выявлены первые симптомы или состояния, предшествующие развитию заболевания (например, обследование на артериальную гипертензию для ее контроля и профилактики инсульта); третичная профилактика направлена на тех, у кого заболевание уже есть; ее цель – снизить инвалидизацию и частоту осложнений (например, назначение небольших доз аспирина после первого инфаркта миокарда для предупреждения рецидива).

С самого начала необходимо подчеркнуть важность отдаленных факторов риска, таких как социально-экономический статус, демографические изменения, глобализация, плохая экологическая обстановка и недостаток информации о факторах риска хронических заболеваний. Публикуются, особенно начиная с 1960-х гг., многочисленные данные о том, что здоро-



Рисунок 5.1. Схематическое представление бремени болезни.

Источник: Mathers et al. (2002), с изменениями.

вье отдельных людей и их групп в огромной мере определяется их социальным и физическим окружением (Marmot and Wilkinson 2006). Те, кто меньше всего знают о рисках для здоровья, страдают от асимметричности информации: найти сведения о связи между фактором риска и болезнью, об отдаленных последствиях этих рисков и о трудности борьбы с ними людям, живущим за чертой бедности, и тем, кому менее всего доступна медицинская помощь, гораздо труднее, чем остальным. Подробная дискуссия об этих детерминантах выходит за рамки данной главы, но мы обсудим отношение к ним систем здравоохранения.

В этой главе факторы риска и детерминанты хронических заболеваний (табл. 5.1) будут подробно проанализированы по отдельности с учетом специфики европейских стран. Основное внимание будет уделено курению, ожирению и диете, артериальной гипертензии, злоупотреблению алкоголем, малоподвижному образу жизни и инфекционным заболеваниям. Рассматриваемые в контексте профилактики факторы, влияющие на хронические заболевания, включают в себя демографические изменения, глобализацию, системы здравоохранения и антропогенную среду обитания.

Курение

Курение как фактор риска хронических заболеваний, которые можно устранить, возможно, наиболее изучено. Основными хроническими заболеваниями, связанными с курением, являются злокачественные опухоли, сердечно-сосудистые заболевания и болезни дыхательной системы; больше нет сомнений в том, что курение играет роль в их развитии (Department of Health and Human Services 2004). Имеются также многочисленные доказательства причинно-следственной связи между несколькими хроническими заболеваниями и пассивным курением (Department of Health and Human Services 2006). Курение, совокупно с другими факторами риска (гиперхолестеринемия, сахарный диабет и артериальная гипертензия), ведет к возникновению сердечно-сосудистых заболеваний, многократно усиливая риск их развития при сочетанном воздействии данных факторов.

Сейчас накоплены обширные данные из разных стран по эффективности ряда профилактических мер на уровне всего населения и на индивидуальном уровне (Jha and Chaloupka 2000; Department of Health and Human Services 2004). В Калифорнии, где комплексная программа борьбы с курением развернута примерно с 1990 г., распространенность курения среди взрослых снижалась быстрее, чем во всех других штатах (Siegel et al. 2000). За период 1988–1997 гг. стандартизированный по возрасту показатель заболеваемости раком легких в Калифорнии сократился на 14%, тогда как в других частях США – только на 2,7% (Centers for Disease Control and Prevention 2000). Можно ожидать также быстрого снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, и, в самом деле, у Fichtenberg and Glantz (2000) сообщалось, что количество смертей оказалось на 33 300 ниже расчетного по сравнению с остальной частью США.

В Финляндии существует проект «Северная Карелия» – европейская модель программы по снижению риска сердечно-сосудистых заболева-

Таблица 5.1. Смертность и бремя болезни, связанные с общими факторами риска, 2001 г.

Факторы риска хронических заболеваний	Страны с низким и средним доходом (количество/%)		Страны с высоким доходом (количество/%)		В мире (количество/%)	
	Смерти	DALY	Смерти	DALY	Смерти	DALY
Курение	3340 (6,9)	54 019 (3,9)	1462 (18,5)	18 900 (12,7)	4802 (8,5)	72 919 (4,7)
Высокое артериальное давление	6223 (12,9)	78 063 (5,6)	1392 (17,6)	13 887 (9,3)	7615 (13,5)	91 950 (6,0)
Высокий уровень холестерина крови	3038 (6,3)	42 815 (3,1)	842 (10,7)	9431 (6,3)	3880 (6,9)	52 246 (3,4)
Избыточный вес и ожирение	1747 (3,6)	31 515 (2,3)	614 (7,8)	10 733 (7,2)	2361 (4,2)	42 248 (2,8)
Низкое потребление фруктов и овощей	2308 (4,8)	32 836 (2,4)	333 (4,2)	3982 (2,7)	2641 (4,7)	36 819 (2,4)
Малоподвижный образ жизни	1559 (3,2)	22 679 (1,6)	376 (4,8)	4732 (3,2)	1935 (3,4)	27 411 (1,8)

DALY – годы жизни, скорректированные с учетом нетрудоспособности.

Источник: Lopez et al. (2006).

ний; в его рамках сокращение многочисленных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний привело к существенному падению смертности от этих заболеваний с начала 1970-х гг. В этом регионе, где широко-масштабная программа профилактики сердечно-сосудистых заболеваний была внедрена в 1972 г., снижение смертности между 1969 и 1982 гг. было значительно больше, чем в других областях Финляндии (рис. 5.2).

Ежегодное снижение смертности от ИБС у мужчин составило 2,9%, в то время как в остальной части Финляндии – 2,0%. Среди женщин эти пока-

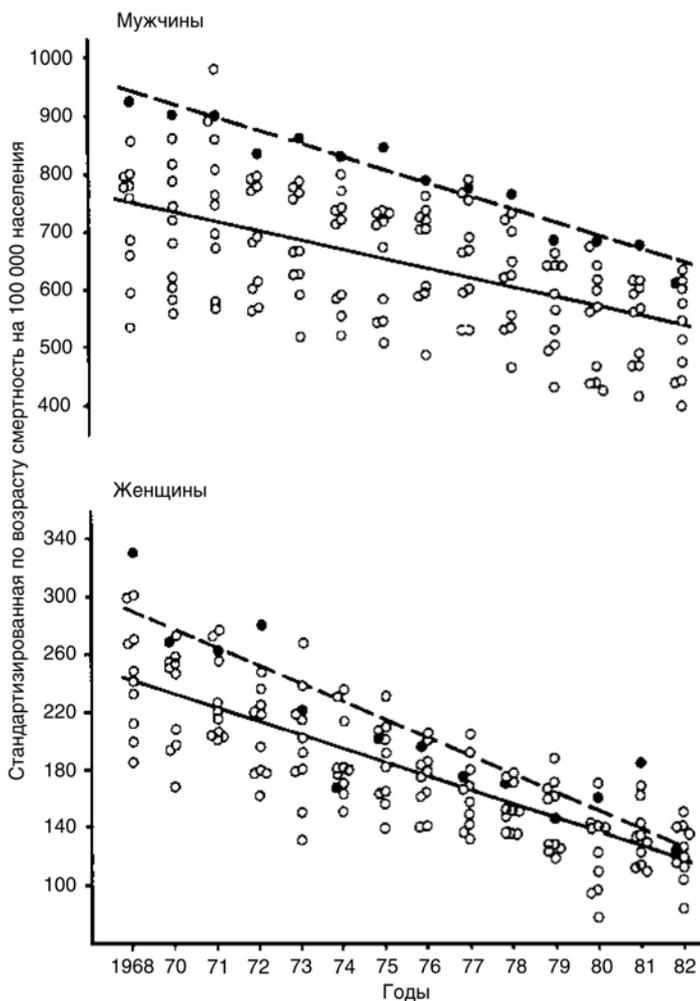


Рисунок 5.2. Стандартизированная по возрасту ежегодная смертность от всех сердечно-сосудистых заболеваний на 100 000 населения среди мужчин и женщин в возрасте 35–64 лет в Финляндии, 1969–1982 гг. Северная Карелия – темные кружки и пунктирная регрессии; 10 других провинций Финляндии – светлые кружки и сплошная линия регрессии.

Источник: Tuomilehto et al. (1986) *BMJ*, 293: 1068–71. Воспроизводится с разрешения BMJ Publishing Group.

затели составили 4,9 и 3,0%, соответственно. Важнейшей частью программы был отказ от курения (Sankila 2003).

Отказ от курения может снизить смертность от рака легких, как на уровне всего населения, так и на индивидуальном уровне (рис. 5.3). Очевидно, что отказ от курения в молодости приносит гораздо большую пользу, чем в среднем возрасте или позднее.

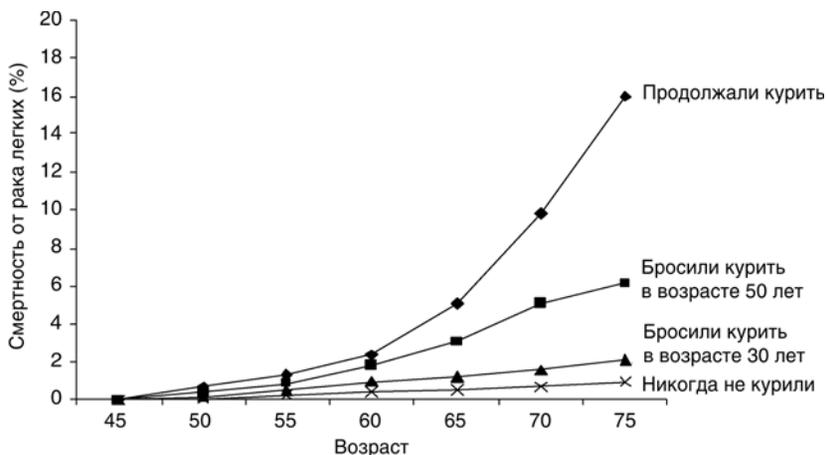


Рисунок 5.3. Кумулятивный риск смерти от рака легких у мужчин в Соединенном Королевстве, на основании данных о курении за 1990 г.

Источник: Peto et al. (2000), с изменениями.

Уровень смертности от рака легких у мужчин перестал расти или снижается во всех европейских странах, кроме Венгрии и Испании (Brennan and Bray 2002). Эта тенденция подтверждает данные об эффективности любых программ борьбы с курением, способных сократить число курящих, на смертность от рака легких (взяв как индикатор для всех хронических заболеваний, связанных с курением). Данные из разных стран Европы свидетельствуют, что хронические заболевания, связанные с курением, можно предотвратить, если значительная часть тех, кто сейчас курит, откажется от этого, а количество новых курильщиков уменьшится. Однако в Центральной и Восточной Европе деятельность табачной индустрии, в сочетании с социально-демографическими и экономическими трудностями, не вселяют оптимизма относительно будущего в области борьбы с курением (Levintova and Novotny 2004; Vobak et al. 2006).

Меры по борьбе с курением

Есть четкие данные в пользу эффективности ряда профилактических мероприятий по борьбе с курением, сформулированных Всемирным банком (Jha and Chaloupka 2000) и заново подчеркнутых в Проекте определения приоритетов в области контроля заболеваний (Disease Control Priorities Project 2007). Вкратце, эффективны следующие меры.

Повышение цен на табачные изделия. Опыт многих развитых стран показывает, что ценовая эластичность спроса на табачные изделия колеблется от $-0,25$ до $-0,50$, а следовательно, увеличение цены на них на 10% сокра-

тит курение на 2,5–5,0% (Chaloupka et al. 2000). Важно отметить, что увеличение налога на табачные изделия увеличит доходы государства и одновременно сократит распространенность курения.

Запрещение курения в общественных местах. Полный запрет на курение в общественных местах может снизить его распространенность на 5–15% (Woolery et al. 2000) и является важным шагом в изменении социальных норм, касающихся курения.

Информированность общества. «Информационный шок» после Доклада Королевской коллегии терапевтов Соединенного Королевства (1962 г.) и Доклада Главного врача государственной службы здравоохранения США (1964 г.) о последствиях курения для здоровья привел к значительному сокращению потребления сигарет; первоначальное сокращение составило 4–9%, а долгосрочное кумулятивное сокращение – 15–30% (Kenkel and Chen 2000).

Запрет рекламы и стимулирования сбыта. Полный запрет может снизить потребление табачных изделий на 6%, если будет сочетаться с жесткими мерами по борьбе с курением в других областях. От частичных запретов эффект будет незначителен: хорошо известна способность табачной промышленности сводить на нет последствия таких ограничений (Saffer and Chaloupka 2000).

Отказ от курения. Снижение смертности, связанной с курением, наступит, только если возрастет количество отказавшихся от этой привычки. Помощь в таком изменении поведения включает инструкции по самопомощи, программы по месту жительства, минимальные либо интенсивные клинические вмешательства; есть также весомые данные по применению заместительной терапии препаратами никотина или лекарственной терапии бупропионом (Novotny et al. 2000), что может увеличить количество бросивших курить в два или три раза.

Борьба с незаконной торговлей табачными изделиями. Согласно исследованию Всемирного банка (Merriman et al. 2000), это, по сути, единственное действенное вмешательство со стороны предложения. На деле снижение доступности дешевых контрабандных сигарет ведет к повышению цен и, в результате, борьба с незаконной торговлей становится мерой, направленной на сторону спроса. Эффективность такой борьбы зависит от снижения коррупции, создания механизмов отслеживания и наблюдения за попытками табачной промышленности содействовать незаконной торговле.

Другие меры. Данных, подтверждающих эффективность ограничения продажи табачных изделий несовершеннолетним, полного запрета продаж или применения сельскохозяйственных мер, таких как замена табака другими культурами и чередование культур, очень мало (Jacobs et al. 2000).

Особенно важным, недавно внедренным многонациональным подходом является Рамочная конвенция по борьбе с курением, первый договор по вопросам здоровья, принятый ВОЗ. Она требует введения запрета на рекламу, ограничений в области маркировки, действий по борьбе с контрабандой табачных изделий, повышения цен, ограничений на курение в общественных местах, повышения качества помощи тем, кто бросил курить, и применения других научно обоснованных подходов, осуществляемых на основе национального законодательства, но являющихся обязательными в соответствии с данным международным договором. В буду-

щем аналогичные многонациональные соглашения могут быть разработаны в отношении продовольственной политики, употребления алкоголя и гармонизации профилактических мероприятий.

Избыточный вес и ожирение

Энергетический баланс определяется потреблением калорий и физической активностью, поэтому избыточное питание, а также социальные и демографические изменения, например, урбанизация, могут приводить к повышению распространенности избыточного веса и ожирения. С ростом доходов возможны изменения в рационе в сторону жирных продуктов быстрого питания, чему способствует глобализация пищевых рынков. Хотя обеспокоенность этой проблемой растет, Международная специальная рабочая группа по ожирению (International Obesity Task Force 2003) отметила, что, за исключением Португалии, более 50% населения каждого из государств – членов Европейского союза (в границах до мая 2004 г.) не достигает, как минимум, трех из четырех показателей состояния здоровья и рациона, разработанных ВОЗ в отношении здорового питания (WHO 2003). Почти треть европейцев имеют избыточный вес, определяемый как индекс массы тела ($\text{кг}/\text{м}^2$), равный 25 или больше (30 и более считается признаком ожирения). Избыточный вес в значительной степени зависит от возраста, у старших возрастных групп он встречается чаще (до 57% мужчин в возрасте 70–79 лет в Западной Европе) (James et al. 2004).

Ожирение у детей уже считается эпидемией в Европе. Согласно исследованию, проведенному в Лондоне Международной специальной рабочей группой по ожирению, из 77 млн детей, живущих в ЕС, 14 млн имеют избыточную массу тела (рис. 5.4). При современных тенденциях это число ежегодно будет возрастать на 400 000.

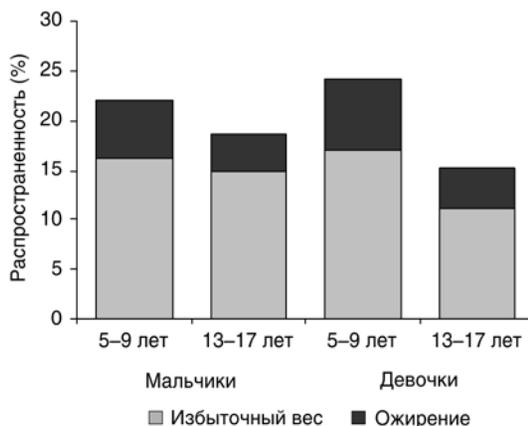


Рисунок 5.4. Избыточный вес и ожирение в Европейском регионе.

Источник: International Obesity Task Force (2003). *Waiting for a green light for health? Europe at the crossroads for diet and disease.* IOTF Position Paper, September 2003. London: International Obesity Task Force, воспроизводится с разрешения Международной рабочей группы по ожирению, подразделения Международной ассоциации по изучению ожирения.

Ожирение отрицательно влияет на артериальное давление, уровень холестерина и липидов крови, а также на метаболические эффекты инсулина, что ведет к развитию сахарного диабета. Кроме того, ожирение вызывает заболевания дыхательных путей, хронические заболевания опорно-двигательного аппарата, остеопороз, желчнокаменную болезнь, бесплодие и кожные заболевания. Однако наибольшую угрозу представляют сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет типа 2 и некоторые виды злокачественных опухолей, включая рак молочной железы. В Европе, по сравнению с другими регионами мира, велико бремя сахарного диабета, связанного с избыточным весом (рис. 5.5).

Эпидемия сахарного диабета во всем мире вызывает глубокую обеспокоенность правительств из-за вызываемых им осложнений (офтальмологических, ортопедических, со стороны почек, дерматологических и др.), которые ведут к преждевременной смертности и инвалидности и создают значительное финансовое бремя для систем здравоохранения и для общества в целом.

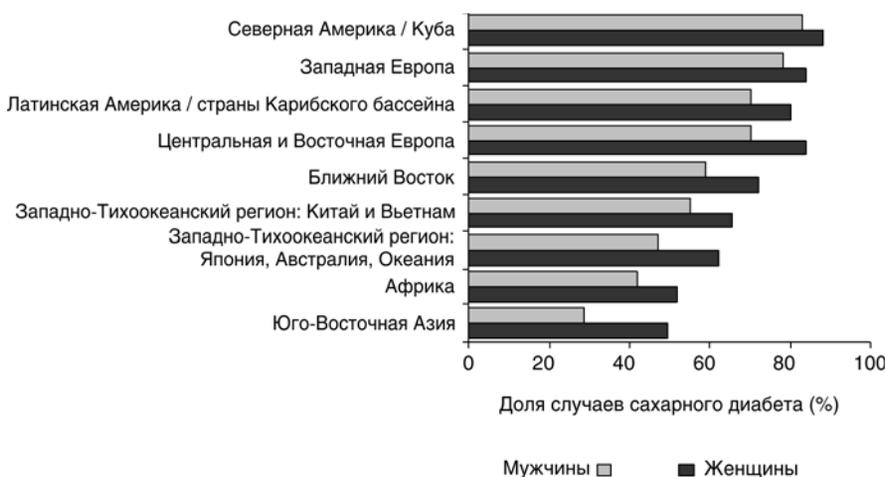


Рисунок 5.5. Доля случаев сахарного диабета, связанных с увеличением веса, среди взрослых старше 30 лет, по регионам.

Источник: James et al. (2004), с изменениями.

Меры по профилактике ожирения и сахарного диабета

Из вышеизложенного становится ясно, что ожирение является немалой проблемой «глобализованного» мира. Новых экономически эффективных мер по борьбе с ним пока не появилось, однако правительствам все больше стоит задумываться о более патерналистском подходе в интересах общества в борьбе с ширящейся и крайне дорогостоящей эпидемией ожирения и сахарного диабета. Нижеследующие меры могут в конечном счете способствовать профилактике ожирения в Европе (Gostin 2007).

Информирование населения и раскрытие информации о составе пищевых продуктов. Информирование потребителей с помощью понятной маркировки на упаковках пищевых продуктов, включающей информацию о риске, связанном с содержанием натрия, жиров и углеводов, наподобие

сигналов светофора. В Канаде и США обязательным является указание на этикетках фасованных пищевых продуктов наличия гидрогенизированных жирных кислот. Информирование потребителей крайне важно, если мы намерены изменить социальные нормы.

Ориентация на детей и подростков. Исследования позволяют сделать вывод, что реклама может в значительной степени формировать пищевые привычки детей и молодежи, а также влиять на структуру покупок их родителей. Регулирование содержания рекламы пищевых продуктов для предотвращения недобросовестной рекламы, ориентированной на молодежь, может позднее в жизни защитить ее от неразумных пищевых привычек.

Введение налога на «нездоровые» пищевые продукты. Некоторые защитники общественного здоровья предложили ввести «налог на жир» в качестве сдерживающей меры, препятствующей потреблению рекламируемых неполезных пищевых продуктов. ВОЗ признает влияние цены на выбор продуктов и поддерживает такой подход. Кроме того, чтобы поощрить здоровое питание на уровне сельского хозяйства, уровне продовольственных программ или торговли, правительства могут использовать субсидии или налоговые скидки. В Польше и Чешской Республике, как и в Финляндии, изменения в продовольственной политике привели к значительному снижению индекса массы тела с последующим уменьшением бремени сердечно-сосудистых заболеваний (McKee and Zatonski 1998).

Антропогенная окружающая среда. Во многих бедных сообществах окружающая искусственная среда не способствует здоровому образу жизни, включая доступ к полезным пищевым продуктам, учреждениям для отдыха и развлечений и безопасным местам для активного отдыха. Правительство может использовать законодательство в области территориального планирования, чтобы ограничить число предприятий быстрого питания и стимулировать развитие торгующих по доступным ценам полезными пищевыми продуктами.

Запрещение определенных продуктов. В связи с тем, что научные данные вскрыли связь между транс-изомерами жирных кислот и развитием сердечно-сосудистых заболеваний, Институт медицины США пришел к выводу, что не существует безопасного уровня их потребления, и что они не имеют никакой ценности для здоровья человека (Institute of Medicine 2005). Первой страной, где были введены ограничения на процентное содержание транс-изомеров жирных кислот в пищевых продуктах, стала Дания, а в Нью-Йорке с недавнего времени использование гидрогенизированных жиров ограничено во всех ресторанах.

Важнейшим подходом в борьбе с ожирением является первичная профилактика. В 1998 г. Европейская комиссия финансировала проведение масштабного исследования, которое координировалось Университетом Крита, для сбора данных о программах по пропаганде здорового образа жизни, посвященных питанию, рациону и образу жизни, и для разработки плана действий по созданию Европейских рекомендаций по здоровому питанию (European Commission 2000). Исследование описывает целевые показатели для населения по составляющим рациона и образу жизни в целях профилактики хронических заболеваний в Европе (табл. 5.2).

Этот подход к установлению международных стандартов может оказать весомое влияние на системы здравоохранения, национальную политику

Таблица 5.2. Цели на уровне популяции в отношении компонентов пищи и показателей образа жизни, согласующиеся с задачей профилактики крупнейших проблем со здоровьем населения в Европе

<i>Показатель</i>	<i>Цель</i>	<i>Уровень доказательности</i>
Уровень физической активности	> 1,75	++
Индекс массы тела	21–22	++
Калорийность жиров, в % от общей калорийности рациона	< 30	++
Жирные кислоты, в % от общей калорийности рациона		
Насыщенные	< 10	++++
Транс-изомеры	< 2	++
Полиненасыщенные жирные кислоты		
n-6	4–8 г	+++
n-3	2 г линолевой кислоты + 200 мг длинноцепочечных кислот	++
Углеводы, в % от общей калорийности рациона	> 55	+++
Потребление сладкой пищи (раз в сутки)	< 4	++
Овощи и фрукты (г/сут)	> 400	++
Фолиевая кислота с пищей (мкг/сут)	> 400	+++
Пищевая клетчатка	> 25 (или 3 г/МДж)	++
Натрий (в виде хлорида натрия) (г/сут)	< 6	+++
Йод (мкг/сут)	150 (50 – дети до 1 года; 200 – беременные)	+++
Исключительно грудное вскармливание	Примерно 6 мес	+++

и, в конечном счете, поведение отдельных людей. Например, что касается потребления питательных веществ, то, по имеющимся данным, лишь в отдельных европейских странах на долю жиров приходится менее 30% калорийности рациона, и только в трех странах – менее 35%. Потребление злаков с 1960 г. упало на 25%. Правильному питанию могут быть посвящены уроки в школе, массовые информационные кампании, индивидуальные консультации во время приема у врача и т. п.

Если говорить более конкретно о возможном вкладе здравоохранения в профилактику или борьбу с ожирением, то важны обследования, консультирование и медикаментозная профилактика, хотя экономическая эффективность этих мер непостоянна и с трудом поддается определе-

нию. Используя в качестве ориентира число добавленных лет жизни с учетом их качества, Sawley (2007) приводит данные по расходам на первичную, вторичную и третичную профилактику: от 4 305 \$ США для профилактики в школах до 35 600 \$ США для хирургического лечения ожирения (табл. 5.3).

Некоторые исследователи отмечали, что физическая активность и соблюдение диеты являются рентабельным методом профилактики сахарного диабета (Narayath et al. 2006), однако на практике это сильно зависит от конкретной обстановки и требует интенсивного наблюдения и поддерживающих мероприятий, обеспечивающих соблюдение рекомендаций.

Приведенные нами данные убедительно показывают, что если мы хотим эффективно бороться с нависшей над нами угрозой ожирения, а затем – сахарного диабета, необходимо одновременно осуществлять целый ряд вмешательств на уровне общества, систем здравоохранения и отдельных людей.

Таблица 5.3. Затраты в пересчете на год жизни, скорректированный с учетом качества жизни, сэкономленные благодаря мерам по снижению или профилактике ожирения

<i>Вмешательство</i>	<i>Целевая группа населения</i>	<i>Затраты (\$ США)</i>	<i>Источник</i>
«Планета здоровья» (школьная программа, направленная на более здоровое питание и повышение физической активности)	Учащиеся средней школы	4305 у девочек	Wang et al. (2003)
Орлистат	Люди с избыточным весом и ожирением, страдающие сахарным диабетом типа 2	8327	Maetzel et al. (2003)
Бариатрическая хирургия	Женщины и мужчины среднего возраста с тяжелым ожирением	Женщины: 5400–16 100 Мужчины: 10 000–35 600	Craig and Tseng (2002)
Диета, комплекс физических упражнений и изменение поведения	Взрослые женщины	12 640	Roux et al. (2006)

Артериальная гипертония

В среднем около 14% смертей и 6% от количества DALY в мире связаны с артериальной гипертонией, причем в развитых странах эти показатели выше (17,6% смертей и 9,3% DALY). В долгосрочном периоде вред, нанесенный нелеченой артериальной гипертонией сердцу и сердечно-сосудистой системе, приводит к высокой частоте осложнений и смертности от ИБС, инсульта и ХПН. Заболевания почек также постепенно приводят к

артериальной гипертензии, которая позднее вызывает развитие ИБС, самой частой причины смерти в развитых странах. Артериальную гипертензию следует рассматривать с учетом множественных факторов риска сердечно-сосудистых осложнений, особенно таких как гиперхолестеринемия, ожирение, курение и малоподвижный образ жизни. Поэтому подход к ней не должен быть изолированным, его следует сочетать с мерами по борьбе с другими факторами риска ИБС, что эффективнее всего достигается при помощи широкомасштабных программ на уровне всего населения и отдельных больных. На индивидуальном уровне прогнозируемый риск развития в течение 10 лет сердечно-сосудистых осложнений при артериальном давлении 140/90 мм рт. ст. варьирует от 5 до 50% в зависимости от числа сопутствующих факторов риска (Jamison et al. 2006). На уровне всего населения клинические исследования показали, что снижение систолического давления на 10 мм рт. ст. снизит риск инсульта на 32%, а относительный риск ИБС на 14% по населению в целом.

Меры профилактики артериальной гипертензии

Постоянное снижение артериального давления замедлит развитие ИБС, инсульта и многих видов заболеваний почек. Общепринятым порогом, при достижении которого следует начинать лечение артериальной гипертензии, считается систолическое давление выше 140 мм рт. ст, а диастолическое — выше 90 мм рт. ст. Разграничивать между собой первичную и вторичную профилактику артериальной гипертензии с точки зрения населения в целом излишне. Больные с артериальной гипертензией у ближайших родственников, множественными факторами риска и отсутствием выраженной ИБС нуждаются в лечении, а больные с наличием в анамнезе ИБС, инсульта или заболевания почек требуют всесторонних мер по сокращению множественных факторов риска.

Программы по сокращению множественных факторов риска включают снижение веса, здоровое питание (высокое содержание калия и низкое — натрия, мало жиров, достаточное количество овощей и фруктов), физическую активность и ограничение алкоголя (Chobanian et al. 2003). Несмотря на убедительные данные по эффективности гипотензивной (и гиполипидемической) терапии в снижении частоты осложнений ИБС, соблюдение врачебных рекомендаций в данном случае — крайне сложный вопрос. Помочь улучшить соблюдение рекомендаций может сочетание просвещения больных, пристального наблюдения, основанного на клинических руководствах, и несложных режимов приема фиксированных доз лекарственных средств.

Интересный фармакологический подход к сокращению множественных факторов риска — использование «комплексных таблеток», включающих четыре препарата (Wald and Law 2003). В их состав входят статины (для снижения уровня холестерина), фолиевая кислота (для подавления образования атеросклеротических бляшек), аспирин в низкой дозе (для профилактики адгезии тромбоцитов) и гипотензивные препараты (для снижения артериального давления). Идея «комплексных таблеток» была предложена как средство профилактики ИБС и инсульта для всего населения в возрасте 55 лет и старше, или для всех, у кого уже есть сердечно-сосудистые заболевания. Прогнозируется, что снижение частоты ИБС и инсульта может составить 80%, а преимущества комбинированных препара-

тов с фиксированными дозами и доказанной эффективностью компонентов вызвали интенсивную дискуссию по поводу затрат, порядка регулирования и клинической эффективности (Sleight et al. 2006).

Злоупотребление алкоголем

Заболевания, вызванные злоупотреблением алкоголем, являются причиной примерно 4% DALY в год по всему миру, для Восточной Европы этот показатель составляет 10,7%. Примерно 75% этого бремени болезни составляют хронические заболевания, включая алкогольную зависимость, поражения сосудов, например, артериальная гипертония, цирроз печени и различные виды злокачественных опухолей. Значительную часть DALY (25%) составляют травмы (особенно в результате дорожно-транспортных происшествий) (Jamison et al. 2006).

Меры борьбы со злоупотреблением алкоголем

Меры борьбы со злоупотреблением алкоголем во многих случаях аналогичны мерам по борьбе с курением. Установление налога на алкоголь повышает цены и, таким образом, снижает потребление. Запрет рекламы может снизить социальную приемлемость злоупотребления алкоголем. Продажа алкоголя может быть ограничена отдельными точками розничной торговли, имеющими соответствующую лицензию, сопровождаться ограничениями по возрасту или по времени продажи. Строгое соблюдение законов о запрете управления транспортными средствами в нетрезвом виде препятствует избыточному употреблению алкоголя и предотвращает дорожно-транспортные происшествия. Эти мероприятия требуют принятия соответствующих законов и их строгого соблюдения, включая обеспечение охраны правопорядка, регулирование порядка выдачи лицензий, обучение продавцов для сокращения числа незаконных продаж алкоголя подросткам или людям в состоянии алкогольного опьянения. В небольших количествах алкоголь может в умеренной степени способствовать профилактике ИБС у пациентов из групп риска (что исключает почти всех моложе 40 лет), однако злоупотребление алкоголем является чрезвычайно дорогостоящей и актуальной проблемой общественного здравоохранения.

Лечение алкоголизма включает в себя индивидуальное консультирование, деятельность групп психологической поддержки, таких как «Анонимные алкоголики», и семейную терапию. Алкогольная зависимость частично обусловлена генетически, но также связана с социальными факторами, психическим здоровьем, количеством и частотой употребления спиртных напитков и деятельностью алкогольной индустрии. Множественные политические меры, а также интеграция кратких консультаций, обследований и направления к соответствующим специалистам может снизить бремя болезни, связанное со злоупотреблением алкоголем. Особую роль в определении индивидуального риска развития связанных с алкоголем медицинских и психосоциальных проблем играет врач. Недирективные беседы и консультирование доказали свою эффективность при выявлении и решении проблем, связанных с употреблением алкоголя, до развития хронических осложнений (Burge and Schneider 1999).

Малоподвижный образ жизни

Регулярная физическая активность — важнейший элемент профилактики избыточного веса и ожирения (International Agency for Research on Cancer 2002). Кроме того, регулярная физическая активность снижает риск ИБС, инсульта, сахарного диабета типа 2, рака толстой кишки и молочной железы, переломов, вызванных остеопорозом, остеоартрита и депрессии. Значительную пользу здоровью приносит даже ежедневная получасовая прогулка, однако при увеличении продолжительности и интенсивности физической нагрузки снижение риска более выражено. В развитых странах все больше сокращаются возможности, и снижается мотивация к занятиям спортом, физическому труду или активному отдыху (Koplan and Dietz 1999). Резкое снижение физической активности является также следствием урбанизации — сокращение передвижения пешком и поездок на велосипеде — а также следствием механизации труда. Эти вопросы обсуждаются ниже, в разделе, посвященном антропогенной среде обитания.

Меры по стимулированию физической активности

Физическая активность особенно важна для здорового развития детей и юношества, она улучшает самочувствие и снижает частоту хронических заболеваний, особенно сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета, среди пожилых людей. Советы медицинских работников по вопросам физической активности могут содействовать улучшению самопомощи, если поставят перед больными реальные цели. В Европе разработаны рекомендуемые показатели уровня физической активности (отношение суммарных суточных энергозатрат к величине основного обмена); врачи могут предлагать их пациентам (норматив 1,75 соответствует ежедневной ходьбе на протяжении 60–80 мин с целью профилактики избыточного веса и на протяжении 30 мин для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета) (см. табл. 5.2).

Упражнения с нагрузкой снижают также потерю костной массы, связанную с возрастом, и поддерживают мышечную силу. Это, в свою очередь, делает походку увереннее и снижает риск падений и переломов у пожилых людей. Как говорилось выше, социально ущемленные группы населения в свободное время менее активны физически, поскольку имеют меньший доступ к оздоровительным программам и учреждениям и зачастую живут в районах, страдающих от преступности и небезопасного дорожного движения, что также мешает физической активности.

Возможности для физической активности должны быть созданы там, где живут люди. Главная роль в создании такой среды, а также программ, способствующих физической активности и активному образу жизни, принадлежит местным органам власти.

Инфекционные заболевания

Появляется все больше данных об этиологической роли некоторых инфекционных агентов, особенно вирусов, в развитии злокачественных опухолей у человека. Особое место среди них занимают вирус гепатита В и вирус папилломы человека, что открывает возможность профилактики

печеночноклеточного рака и рака шейки матки, соответственно, путем иммунизации тех, кто в этом нуждается. Заражение бактерией *Helicobacter pylori*, которая вызывает рак желудка, может быть легко устранено с помощью антибиотиков. К числу других инфекционных агентов, которые могут вызывать злокачественные опухоли, относятся печеночные трематоды, шистосомы, вирус Эпштейна-Барр, вирус простого герпеса и Т-лимфотропные вирусы. Инфекционные агенты, вызывающие хронические заболевания, включают вирус гепатита С (приводит к острой инфекции либо хроническому активному гепатиту), вирус иммунодефицита человека (ВИЧ, вызывает синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД), который сейчас рассматривается как хроническое заболевание в странах, где благодаря антиретровирусной терапии смертность от него значительно снизилась). В целом, количество злокачественных опухолей могло бы сократиться на 26,3% в развивающихся странах (1,5 млн случаев в год) и на 7,7% в развитых странах (390 000 случаев в год), если бы этих инфекционных заболеваний удалось избежать. Доля злокачественных опухолей, связанных с этими инфекциями, варьирует от 100% для рака шейки матки, вызываемого вирусом папилломы человека, до весьма незначительной (0,4%) для рака печени (по всему миру), вызываемого печеночными трематодами (Parkin 2006).

Рак шейки матки является третьей по распространенности злокачественной опухолью в мире. В Европе примерно 45% женщин с этим диагнозом преждевременно умирают от него. Среди факторов риска основными являются вирус папилломы человека и не замеченные при регулярных тестах Папаниколау предраковые изменения. Разработка эффективной вакцины против вируса папилломы человека дает возможность в значительной степени предотвратить развитие этого заболевания в Европе и в других регионах (Arun 2007).

Меры профилактики инфекционных заболеваний

В настоящее время усилия по профилактике рака печени и хронического активного гепатита должны быть направлены на повсеместную вакцинацию от гепатита В детей (при рождении, а затем по соответствующему графику прививок), а также членов семьи тех, кто инфицирован. Вакцина против гепатита В была первой вакциной, использованной для профилактики рака.

Применение вакцины против вируса папилломы человека в качестве средства профилактики рака шейки матки было одобрено в США для девочек в период до начала половой активности. Стандартная вакцинация тремя дозами квадριвалентной вакцины рекомендуется для девочек 11–12 лет, но может быть начата и в 9 лет (Centers for Disease Control and Prevention 2006), а также в качестве «наверстывающей» иммунизации вплоть до 26 лет. Любопытно, что вакцина не рекомендована для мальчиков, несмотря на то, что вирус папилломы человека передается половым путем и вызывает рак полового члена и анальную карциному у мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами. Несмотря на возможность предотвратить значительную долю случаев рака шейки матки, пока нет планов по сокращению числа обследований на рак шейки матки с использованием теста Папаниколау, по крайней мере, в США. Одобрение вакцины в Европе позволило включить ее в несколько национальных программ

иммунизации. Так, в конце марта 2007 г. Австрия, Германия, Италия и Франция приняли решение включить применение вакцины против вируса папилломы человека в свои национальные программы вакцинации. Другими странами, где рекомендовано использование этой вакцины, являются Бельгия, Люксембург, Норвегия, Соединенное Королевство, Швейцария и Швеция (Arun 2007).

Профилактика рака желудка должна быть сосредоточена на ведении больных с симптомами диспепсии, язвы желудка или гастрита. В развитых странах бактерией *H. pylori* могут быть инфицированы 50% взрослых, она является основной причиной рака желудка. Обследование (выявление специфических IgG-антител с использованием твердофазного иммуноферментного анализа) и лечение рекомендуется при недифференцированной диспепсии у больных, которым не проводилась эндоскопия. Эндоскопию проводят при симптомах, указывающих на осложнения в виде язвы или рака желудка, или если лечение не приносит результата. Лечение включает применение комбинации препаратов, в том числе антибиотиков и препаратов, подавляющих желудочную секрецию, в течение 10–14 сут, а также информирование больного о необходимости избегать других факторов, вызывающих язву желудка (курение, кислые пищевые продукты, стресс), и пристальное последующее наблюдение (Meurer and Bower 2002).

Отдаленные факторы риска хронических заболеваний

Бедность и социальное неравенство

Бедность и социальное неравенство – возможно, наиболее важные детерминанты плохого состояния здоровья во всем мире; бедность сама по себе может быть также независимым детерминантом многих факторов риска хронических заболеваний. Например, курение и злоупотребление алкоголем гораздо больше распространено среди лиц с низким социально-экономическим статусом. Однако, согласно известным когортным исследованиям «Уайтхолл» среди государственных служащих Соединенного Королевства, результаты которого подтвердило проведенное в США исследование MRFIT (Multiple Risk Factor Intervention Trial, Исследование факторов риска атеросклероза), лишь треть или четверть разницы в уровнях смертности между богатыми и бедными можно объяснить различиями в факторах риска, таких как курение, ожирение, низкая физическая активность, артериальная гипертензия и высокий уровень холестерина крови (McCally et al. 1998).

Демографические изменения

Демографические изменения в Европе могут оказать существенное влияние на бремя хронических болезней сейчас и в будущем, а следовательно – на возможности профилактики (глава 2). Основными демогра-

фическими факторами являются старение населения, сокращение рождаемости, рост урбанизации и стойкий экономический рост. Кроме того, в Европейском регионе примерно через десять лет ожидается общее снижение численности населения из-за падения рождаемости, если не произойдет значительного роста иммиграции. Это повлечет за собой рост коэффициента демографической нагрузки, поскольку население стареет, что ведет к повышению требований в области медицинской помощи при хронических заболеваниях, при этом потребности пожилых в медицинской помощи покрывает сокращающееся более молодое население; растет также нагрузка на системы здравоохранения, связанная с хроническими заболеваниями.

Глобализация

Глобализация – многозначный термин, но в целом означает все более тесную взаимосвязь и взаимозависимость стран, коммерческих предприятий и людей, невзирая на национальные границы, вследствие более тесной экономической интеграции, информационных связей, поездок и взаимопроникновения культур (Labonte and Schrecker 2006). Глобализация порождает этические проблемы, поскольку существует информационная асимметрия между населением разных стран, а при предоставлении услуг и обеспечении защиты от ущерба возникают проблемы, связанные с социальной справедливостью (Novotny et al. 2006). Проникновение инфекционных заболеваний через границы вызвало обеспокоенность некоторыми аспектами безопасности человеческого здоровья, и растет необходимость в том, чтобы все страны проявили ту же обеспокоенность к другим глобальным угрозам для здоровья. Сюда входят курение, ожирение, малоподвижный образ жизни и другие факторы риска развития хронических заболеваний, на которые можно воздействовать с помощью положительных аспектов глобализации (таких как международная кооперация и стандарты, торговая политика, учитывающая интересы здоровья, международные информационные системы).

Окружающая среда

Физическая активность сводится не только к спорту или организованным видам активности, но зависит от природного, антропогенного, социального окружения людей. Градостроительное проектирование может обеспечивать доступ к внешней среде, которая либо поощряет, либо препятствует активному образу жизни и занятиям спортом. Серьезное влияние на участие в физической активности оказывают также коллективные социальные нормы. Анализируя сочетания факторов окружающей среды, Nelson et al. (2006) нашли, что совокупные показатели социально-экономического статуса – не единственный важный аспект, объясняющий низкий уровень физической активности. Они пришли к выводу, что расовая и этническая принадлежность, уровень преступности, типы дорог, состояние тротуаров и наличие оздоровительных учреждений также являются существенными факторами. Не существует единого подхода к решению

этих задач. Необходимы значимые сочетания подходов вместе с рациональным градостроительным планированием и эмпирическими данными о составе и происхождении конкретного района.

Физическая активность — важный компонент любой стратегии, направленной на борьбу с малоподвижным образом жизни и ожирением у детей и взрослых. Активный образ жизни укрепляет не только физическое и психическое здоровье отдельных людей, но также социальную сплоченность и благополучие общества в целом. Люди более активны, если легко могут добраться до таких объектов как парки, озелененные территории, рабочие места и магазины. Другими препятствиями к активному образу жизни являются, в частности, страх перед преступностью и небезопасностью дорожного движения, транспортные выбросы и загрязнение окружающей среды, проблемы с доступом либо отсутствие мест для отдыха и развлечений, а также отрицательное отношение к физической активности.

Роль частного сектора в профилактике хронических заболеваний

Частный сектор должен быть важнейшим партнером в деятельности по профилактике хронических заболеваний. Прежде всего, частные предприниматели несут экономические потери при длительном отсутствии работников или снижении производительности их труда вследствие хронических заболеваний (см. также главу 3). Таким образом, это основа как для снижения риска для здоровья на рабочем месте, так и для более широкого участия частного сектора в деятельности по профилактике хронических заболеваний на уровне всего населения. Население, которое служит источником как рабочей силы, занятой в частном секторе, так и потребителей, выиграет при снижении нетрудоспособности, вызванной хроническими заболеваниями, которую можно предотвратить. Профилактическая деятельность компаний и целых отраслей промышленности могут оказать далеко идущие последствия на потребителей и общество (Oxford Health Alliance Newsletter 2006). Что касается разработки здоровой окружающей среды, то дизайнеры, архитекторы и градостроители могут помочь создать окружение, где здоровый выбор является также и легким выбором. Коммерческое проектирование, нацеленное на благо общества, будет способствовать улучшению деловой практики и проявит заботу об общественном здоровье.

Государственно-частные партнерства, которые могут иметь глобальный охват, могут создаваться при участии различных партнеров из научного сообщества, правительственных органов, пищевой промышленности, неправительственных организаций и фармацевтической индустрии. Такие союзы способны оказать глубокое воздействие на мобилизацию ресурсов, привлекая внимание тех, кто разрабатывает политику, и создавая «бренд» профилактического подхода к хроническим заболеваниям. Частный сектор может расширить сферу воздействия профилактических мер с помощью маркетинга и рекламных акций; одной из таких попыток объединить усилия различных партнеров с целью профилактики хронических заболеваний является Оксфордский союз здоровья (Oxford Health Alliance 2006).

Роль служб и систем здравоохранения в предупреждении хронических заболеваний

Меры по борьбе с ростом распространенности хронических заболеваний, а также факторов их риска могут осуществляться на уровне отдельных людей, местных общин и всего общества при поддержке со стороны правительства и мероприятий системы здравоохранения. В большинстве европейских стран бюджет программ поддержки здорового образа жизни составляет менее 1% бюджета здравоохранения (European Commission 2000), хотя есть обширные данные по эффективности программ по укреплению здоровья и санитарному просвещению (European Commission 1990), многие из которых взаимодействуют с мерами систем здравоохранения. Хотя в Проекте определения приоритетов в области контроля заболеваний (Disease Control Priorities Project 2007) некоторые вмешательства при хронических заболеваниях охарактеризованы как экономически эффективные (см. выше), в целом, правительства пока не реагируют в должной мере на необходимость разрабатывать программы профилактики хронических заболеваний. Причины этого сравнительно вялого ответа многообразны:

- Многие хронические заболевания связаны с образом жизни, поэтому у многих существует уверенность, что эти заболевания являются результатом индивидуального выбора и не входят в сферу влияния правительства.
- Программы профилактики должны быть межсекторальными, а потому требуют руководства на всех уровнях управления для обеспечения интеграции соответствующей политики между различными секторами. Для этого непривычные к этому правительственные чиновники должны принять на вооружение более широкую концепцию профилактики.
- Многим правительственным программам профилактики противостоят интересы крупных предпринимателей. Самый яркий пример – табачная промышленность. Продавая свою продукцию в интересах акционеров, эта отрасль оказывает серьезное политическое противодействие эффективным программам по борьбе с курением на разных правительственных уровнях. Сходную тактику применяют отрасли быстрого питания и производства высококалорийных пищевых продуктов с низкой питательной ценностью, чтобы поддержать свободный выбор потребителями вредных пищевых продуктов. Эти действия требуют создания организаций, выступающих в защиту потребителей, которые обратили бы внимание общества на эти действия, поддержали разумные профилактические программы правительства и вовлекли в профилактические мероприятия частный сектор.
- Трудно оценивать эффективность индивидуальных профилактических программ как изолированных мероприятий. Существует понятная необходимость обеспечить подотчетность правительственных программ общественного здоровья, однако профилактику трудно разделить на отдельные поддающиеся оценке компоненты. Часто для достижения результатов необходимы множественные вмешательства. Слишком часто профилактические программы подвергаются краткосрочной, ограниченной и раздробленной оценке, которая может не выявить весомых результатов. Такие программы должны оцениваться в контексте ком-

плексных подходов, включающих в себя множественные, интегрированные виды деятельности.

В программах профилактики и ведения хронических заболеваний в Соединенном Королевстве, Канаде и других странах сделан упор на интегрированные подходы, а система медицинского обслуживания четко рассматривается как неотъемлемая часть более общего системного подхода к борьбе с хроническими заболеваниями, который охватывает общественное здравоохранение и меры по поддержанию здоровья, связанные с ведением заболеваний и поддержкой самопомощи. Службы здравоохранения являются ключевой частью профилактики; чтобы способствовать более систематическому подходу медицинских работников к профилактике, разработан целый ряд практических руководств.

Конкретные профилактические мероприятия, осуществляемые поставщиками медицинских услуг, включают в себя обследования, консультирование, иммунизацию и медикаментозную профилактику. Обследования подразумевают систематическое проведение тестов для выявления тех, кто относится к группе риска определенного заболевания. Целью обследования является осуществление в отношении лиц, обратившихся или не обратившихся к врачу, дальнейших исследований или непосредственных профилактических действий. Если обследование налажено грамотно, оно способно предотвратить инвалидность и смерть, а также улучшить качество жизни. Разработаны методы обследования для некоторых хронических заболеваний (сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет и определенные виды злокачественных опухолей) (Strong et al. 2005). Количество обследований для хронических заболеваний, эффективность которых доказана, невелико (глава 2), хотя данные по экономической эффективности подтверждают целесообразность следующих видов обследований: обследование по поводу повышенного риска сердечно-сосудистых заболеваний путем оценки общего риска; обследование с целью раннего выявления рака молочной железы и рака шейки матки там, где есть достаточные ресурсы для проведения соответствующего лечения; более целенаправленные обследования при наличии тревожных симптомов (например, обследование на наличие *H. pylori* при диспепсии).

В 2003 г. в Европейском журнале профилактики и реабилитации при сердечно-сосудистых заболеваниях (*European Journal for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*) были опубликованы рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний (De Backer et al. 2003) (табл. 5.4). Они направлены на больных с уже имеющимися сердечно-сосудистыми заболеваниями, людей без симптомов заболевания, но с множественными факторами риска, тех, у кого сильно повышен уровень одного из факторов риска (повышенный уровень липидов крови, артериальное давление выше 180/110 мм рт. ст., сахарный диабет), тех, у кого есть близкие родственники, страдающие сердечно-сосудистыми заболеваниями, курильщиков и других людей, выявленных в ходе стандартного обследования.

Врачи должны выступать в союзе с больным для того, чтобы больные осознавали связь между поведением, здоровьем и болезнью и могли действовать при поддержке системы здравоохранения, путем программ по изменению поведения, медикаментозной терапии либо рекомендаций по изменению образа жизни.

Таблица 5.4. Основные элементы профилактики хронических заболеваний в клинических условиях

<i>Вмешательство</i>	<i>Обследование</i>	<i>Консультирование</i>	<i>Конкретные меры</i>
Отказ от курения	Спросить, курит ли пациент	Посоветовать бросить курить, проконсультировать по вопросу изменения поведения, наблюдать в дальнейшем	Назначение никотин-содержащих препаратов или бупропиона
Здоровое питание	Сбор информации о характере питания	Жир не должен составлять более 30% от общей калорийности рациона	Омега-3 жирные кислоты (рыба), продукты с низким содержанием жира, продукты из цельного зерна, фрукты и овощи
Физическая активность	Комплексная клиническая оценка, особенно при сердечно-сосудистых заболеваниях	Пропаганда во всех возрастных группах	По 30 мин пять дней в неделю; снижение ЧСС до 60–75% от максимального
Избыточный вес	Индекс массы тела > 30 кг/м ²	Снижение веса при помощи диеты и физической активности	Медикаментозная терапия и хирургическое вмешательство лишь при тяжелом ожирении
Артериальное давление	> 140/90 мм рт. ст.	Обеспечение точного соблюдения врачебных предписаний, физические упражнения, диета, отказ от курения	Гипотензивная медикаментозная терапия для снижения артериального давления < 140/90 мм рт. ст.
Уровень липидов крови	Оценка общего риска сердечно-сосудистых заболеваний	Строгая диета, физическая активность, отказ от курения	Терапия статинами для снижения уровня общего холестерина до < 175 мг% и ЛПНП до < 100 мг%
Сахарный диабет	Уровень глюкозы крови натощак > 110 мг%, уровень гликозилированного гемоглобина A1c > 6,1%	Образ жизни: физические упражнения, диета и контроль уровня глюкозы крови	Инсулин, прием пероральных гипогликемических препаратов
Злоупотребление алкоголем	Злоупотребление алкоголем в прошлом, связанные с алкоголем нарушения здоровья или злоупотребление алкоголем у родственников	Вмешательства зависят от тяжести алкогольной зависимости и готовности пациента изменить поведение	Недирективное консультирование, направление к специалистам, лабораторные тесты, семейная терапия
Другие виды профилактики?			«Комплексные таблетки»?

Источник: De Backer et al. (2003), с изменениями.

В деятельности по профилактике чрезвычайно важна роль иммунизации. Сюда входит неослабный контроль за соблюдением графика вакцинаций и показаний к ним (таких как гепатит В, вирус папилломы человека; см. выше). Упреждающее обследование в отношении рака шейки матки у женщин соответствующей группы и профилактика пассивного курения среди членов семьи курильщиков могут рассматриваться как аналог иммунизации при хронических заболеваниях.

Однако сфера деятельности систем здравоохранения в отношении профилактики хронических заболеваний гораздо шире, чем предоставление отдельных медицинских услуг. У врачей есть множество возможностей для санитарного просвещения и проведения профилактики во время приема больных, но есть и более широкие обязанности: отстаивать и поддерживать меры, направленные на профилактику заболевания и потерю трудоспособности. Например, каждый контакт курильщика с медицинским работником должен использоваться как возможность для санитарного просвещения и для осуществления экономически эффективных вмешательств. Медицинские работники могут доносить свое мнение до всех курильщиков, входящих в контакт с системой здравоохранения, с помощью жесткого запрета курения в медицинских учреждениях и постоянного внимания всех медицинских работников к поддержке отказа от курения среди тех, кто обратился за медицинской помощью. Кроме того, родителям, приводящим к врачу детей, следует посоветовать бросить курить, а если они не могут этого сделать — хотя бы не курить при детях.

Системы здравоохранения играют также ключевую роль и в борьбе с более отдаленными факторами, влияющими на распространенность хронических заболеваний, например, социальным неравенством, устраняя преграды и обеспечивая стимулы к более здоровому образу жизни; повышая доступность соответствующих эффективных профилактических медицинских и социальных мер; участвуя в программах по снижению факторов риска, охватывающих все население и нацеленных на группы наивысшего риска (McKee 2002). Клинические услуги по профилактике включают в себя поведенческие, структурные и коммуникативные действия, направленные на снижение факторов риска; в некоторых странах, например, в Соединенном Королевстве, снижение факторов риска входит в действия системы здравоохранения через деятельность сектора первичной помощи. Системы здравоохранения могут напрямую поддерживать программы повышения физической активности в медицинских учреждениях, на рабочих местах, в школах, на транспорте, и должны участвовать в партнерствах, содействующих расширению возможностей для активного образа жизни.

Объем данной публикации не позволяет провести полный анализ возможностей для информационно-пропагандистской деятельности систем здравоохранения, однако врачи и другие медицинские работники играют важную роль в пропаганде здорового питания, борьбе за снижение содержания транс-изомеров жирных кислот в пищевых продуктах, разработке нормативных актов в отношении чистоты воздуха в помещениях для предотвращения пассивного курения на рабочих местах, а также в улучшении питания в школьных столовых для предотвращения эпидемии детского ожирения. Гораздо больше может быть сделано путем сотрудничества на разных уровнях, однако при разработке профилактических подходов, как

части обязанностей государства, решающей будет роль правительства. Кроме того, для сдерживания общемировых рисков для здоровья путем действий на международном уровне решающее значение будет иметь сотрудничество между правительствами разных стран. Первоочередными межгосударственными подходами являются продовольственная, торговая и рекламная политика, а также распространение информации. Каждая страна несет ответственность за решение этих вопросов, что должно пойти на благо населению всего мира.

Выводы

Профилактика хронических заболеваний основана на интегрированном подходе, включающем в себя политику правительства, деятельность систем здравоохранения и стандарты профилактической деятельности, информирование населения и личную ответственность за заботу о своем здоровье. Применительно к курению имеется значительный объем данных по эффективным комплексным вмешательствам, однако по профилактике ожирения мало данных по мерам, направленным на население в целом или даже по клиническим подходам. Сердечно-сосудистые заболевания занимают первое место по объему среди хронических заболеваний, и существует большой объем данных, касающихся снижения множественных факторов риска как на уровне всего населения, так и индивидуальных людей. Артериальная гипертония, гиперхолестеринемия, курение, ожирение и малоподвижный образ жизни требуют множественных путей воздействия для достижения оптимального эффекта. В этом смысле системе здравоохранения принадлежит особая роль, поскольку люди, входящие в группу риска, но пока не имеющие сердечно-сосудистых заболеваний, а также больные на ранней стадии или при субклиническом хроническом заболевании могут получить эффективную помощь. Это снизит в будущем нагрузку на систему здравоохранения, а также на самого больного. Ясно, однако, что профилактика поистине «дело, которое касается каждого»; все – правительство, частный сектор, система здравоохранения и отдельные люди – несут значительную долю ответственности по использованию научно обоснованных мер профилактики для борьбы с растущей эпидемией хронических заболеваний.

Литература

- Arun, A.K. (2007) *HPV Vaccination: Current Status in Europe*. Frost & Sullivan Market Insight. <http://www.frost.com/prod/servlet/market-insight-print.pag?docid=100775178> (accessed 6 July 2007).
- Bobak, M., Gilmore, A. and McKee, M. (2006) Changes in smoking prevalence in Russia, 1996–2004, *Tob Control*, 15: 131–5.
- Brennan, P. and Bray, I. (2002) Recent trends and future directions for lung cancer mortality in Europe, *Br J Cancer*, 87: 43–8.
- Burge, S.K. and Schneider, F.D. (1999) Alcohol-related problems: recognition and intervention, *Am Fam Physician*, 59: 361–70.
- Cawley, J. (2007) The cost-effectiveness of programs to prevent or reduce obesity: the state of the literature and a future research agenda, *Arch Pediatr Adolesc Med*, 161: 611–14.

- Centers for Disease Control and Prevention (2000) Declines in lung cancer rates: California, 1988–1997, *MMWR*, 49: 1066–9.
- Centers for Disease Control and Prevention (2006) General recommendations on immunization: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), *MMWR*, 55: 1–48.
- Chaloupka, F., Hu, T.W. and Warner, K.E. (2000) The taxation of tobacco products, in P. Jha and F. Chaloupka (eds) *Tobacco Control in Developing Countries*. Oxford: Oxford University Press.
- Chobanian, A.V., Bakris, G.L., Black, H.R. et al. (2003) The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report, *JAMA*, 289: 2560–72.
- Craig, B.M. and Tseng, D.S. (2002) Cost-effectiveness of gastric bypass for severe obesity, *Am J Med*, 113: 491–8.
- De Backer, G., Ambrosioni, E., Borch-Johnsen, K. et al. (2003) European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Third Joint Task Force of European and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of eight societies and by invited experts), *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*, 10: S1–S10.
- Department of Health and Human Services (2004) *The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- Department of Health and Human Services (2006) *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- Disease Control Priorities Project (2007) *Cost-effective interventions*. Washington: Disease Control Priorities Project. <http://www.dcp2.org/page/main/BrowseInterventions.html> (accessed 3 September 2007).
- European Commission (1990) *International Union for Health Promotion and Education. The Evidence of Health Promotion Effectiveness: Shaping Public Health in a New Europe*. Brussels: European Commission.
- European Commission (2000) *EURODIET Core Report*. Heraklion, Crete: European Commission and the University of Crete School of Medicine.
- Ezzati, M., Lopez, A.D., Rogers, A. and Murray, C.J. L. (2004) *Comparative Quantification of Health Risks*. Geneva: World Health Organization.
- Fichtenberg, C.M. and Glantz, S.A. (2000) Association of the California tobacco control program with declines in cigarette consumption and mortality from heart disease, *N Engl J Med*, 343: 1772–7.
- Gostin, L.O. (2007) Law as a tool to facilitate healthier lifestyles and prevent obesity, *JAMA*, 297: 87–90.
- Hill, A.B. (1965) The environment and disease: association or causation? *Proc R Soc Med*, 58: 295–300.
- Institute of Medicine (2005) *Dietary reference intakes for energy, carbohydrates, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein and amino acids (micronutrients)*. Washington, DC: The National Academies Press.
- International Agency for Research on Cancer (2002) *Weight Control and Physical Activity*. Lyon, France: IARC Press.
- International Obesity Task Force (2003) *Waiting for a Green Light for Health? Europe at the Crossroads for Diet and Disease. IOTF Position Paper*. London: International Obesity Task Force.
- Jacobs, R., Gale, H.F. and Capehart, T.C. (2000) The supply-side effects of tobacco-control policies, in P. Jha and F. Chaloupka (eds) *Tobacco Control in Developing Countries*. Oxford: Oxford University Press.

- James, W., Jackson-Leach, R., Mhurchu, C. et al. (2004) Overweight and obesity (high body mass index), in M. Ezzati, A.D. Lopez, A. Rogers and C.J. L. Murray (eds) *Comparative Quantification of Health Risks*. [CD] Geneva: World Health Organization.
- Jamison, D.T., Breman, J.G., Measham, A.R. et al. (2006) *Disease Control Priorities in Developing Countries*. New York: Oxford University Press and World Bank.
- Jha, P. and Chaloupka, F. (2000) *Tobacco Control in Developing Countries*. Oxford: Oxford University Press.
- Kenkel, D. and Chen, L. (2000) Consumer information and tobacco use, in P. Jha and F.J. Chaloupka (eds) *Tobacco Control in Developing Countries*. Oxford: Oxford University Press.
- Koplan, J.P. and Dietz, W.H. (1999) Caloric imbalance and public health policy, *JAMA*, 282: 1579–81.
- Labonte, R. and Schrecker, T. (2006) *Globalization and Social Determinants of Health: Analytic and Strategic Review Paper*. Ottawa: University of Ottawa Institute of Population Health.
- Levintova, M. and Novotny, T. (2004) Non-communicable disease mortality in the Russian Federation: from legislation to policy, *Bull WHO* 82: 875–80.
- Lopez, A.D., Mathers, C.D., Ezzati, M., Jamison, D.T. and Murray, C., J L (2006) *Global Burden of Disease and Risk Factors*. New York: Oxford University Press and World Bank. Technical material at <http://www.dcp2.org/pubs/GBD>.
- Maetzel, A., Ruof, J., Covington, M. and Wolf, A. (2003) Economic evaluation of orlistat in overweight and obese patients with type 2 diabetes mellitus, *Pharmacoeconomics*, 21: 501–12.
- Marmot, M. and Wilkinson, R. (2006) *Social Determinants of Health*, 2nd edn, p. 376. Oxford: Oxford University Press.
- Mathers, CD., Stein, C, Ma Fat, M. et al. (2002) *The Global Burden of Disease 2000 Study, Version 2: Methods and Results. Discussion Paper No. 50*. Geneva: World Health Organization. <http://www.who.int/healthinfo/discussionpapers/en/index.html> (accessed 25 January 2007).
- McCally, M., Haines, A. and Fein, O. (1998) Poverty and ill health: Physicians can, and should, make a difference, *Ann Int Med*, 129: 726–33.
- McKee, M. (2002) What can health services contribute to the reduction of inequalities in health? *Scand J Publ Health*, 30: 54–8.
- McKee, M. and Zatonski, W. (1998) How the cardiovascular burden of illness is changing in eastern Europe, *Evidence-based Cardiovasc Med*, June: 39–41.
- Merriman, N.D., Yurekli, A. and Chaloupka, F. (2000) How big is the worldwide cigarette smuggling problem? in P. Jha and F.J. Chaloupka (eds) *Tobacco Control in Developing Countries*. Oxford: Oxford University Press.
- Meurer, L.N. and Bower, D.J. (2002) Management of *Helicobacter pylori* infection, *Am Fam Physician*, 65: 1327–36.
- Narayat, V.K. M., Zhang, P. and Kanaya, A.M. (2006) Diabetes: the pandemic and potential solutions, in D.T. Jamison, J.G. Breman, A.R. Measham et al. (eds) *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2nd edn, pp. 591–604. New York: Oxford University Press and World Bank.
- Nelson, M.C., Gordon-Larsen, P., Song, Y. and Popkin, B.M. (2006) Built and social environments-Associations with adolescent overweight and activity, *Am J Prev Med*, 31: 109–17.
- Novotny, T.E., Cohen, J. and Yurekli, A. (2000) Smoking cessation and nicotine-replacement therapies, in P. Jha and F. Chaloupka (eds) *Tobacco Control in Developing Countries*. Oxford: Oxford University Press.
- Novotny, T.E., Mordini, E. and Chadwick, R. (2006) Bioethical implications of globalization: an international consortium project of the European Commission, *PLoS Med*, 3: e43.
- Oxford Health Alliance (2006) *Oxford Health Alliance Newsletter*, Issue 1(April). Oxford: Oxford Health Alliance. www.oxha.org.

- Parkin, D.M. (2006) The global health burden of infection-associated cancers in the year 2002, *Int J Cancer*, 118: 3030–44.
- Peto, R., Darby, S., Deo, H. et al. (2000) Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950: combination of national statistics with two case-control studies, *BMJ*, 321: 323–9.
- Roux, L., Kuntz, K.M., Donaldson, C. and Goldie, S.J. (2006) Economic evaluation of weight loss interventions in overweight and obese women, *Obesity* (Silver Spring), 14: 1093–106.
- Saffer, H. and Chaloupka, F. (2000) Tobacco advertising: economic theory and international evidence, *J Health Econ*, 19: 1117–37.
- Sankila, R. (2003) Epidemiology of tobacco related cancers in Finland, *Finn Med J* 58: 2965–7.
- Siegel, M., Mowery, P.D., Pechacek, T.P et al. (2000) Trends in adult cigarette smoking in California compared with the rest of the United States, 1978–1994, *Am J Public Health*, 90: 372–9.
- Sleight, P., Pouleur, H. and Zannad, F. (2006) Benefits, challenges, and registrability of the polypill, *Eur Heart J*, 27: 1651–6.
- Strong, K., Wald, N., Miller, A. and Alwan, A. (2005) Current concepts in screening for noncommunicable disease: World Health Organization Consultation Group Report on methodology of noncommunicable disease screening, *J Med Screen*, 12: 12–19.
- Tuomilehto, J., Geboers, J., Salonen, J.T. et al. (1986) Decline in cardiovascular mortality in North Karelia and other parts of Finland, *BMJ*, 293: 1068–71.
- Wald, N.J. and Law, M.R. (2003) A strategy to reduce cardiovascular disease by more than 80%, *BMJ*, 326: 1419.
- Wang, L.Y., Yang, Q., Lowry, R. and Wechsler, H. (2003) Economic analysis of a school-based obesity prevention program, *Obes Res*, 11: 1313–24.
- WHO (2003) *Obesity and Overweight*. Geneva: World Health Organization.
- Woolery, T.S., Asma, S. and Sharp, D. (2000) Clean indoor-air laws and youth access, in P. Jha and F. Chaloupka (eds) *Tobacco Control in Developing Countries*. Oxford: Oxford University Press.

Поддержка самопомощи

*Mieke Rijken, Martyn Jones,
Monique Heijmans u Anna Dixon*

Введение

Хронические состояния, такие как сахарный диабет, инсульт и сердечно-сосудистые заболевания, оказывают значительное воздействие на психическое и физическое здоровье людей (Maskay and Mensah 2004). Рост распространенности хронических заболеваний становится все более значительной проблемой, стоящей перед системами здравоохранения во всем мире (Singh 2005). В некоторых странах принят системный подход, основанный на концепциях, подобных ССМ (Wagner et al. 2001) (глава 4), в то время как другие сосредоточены на отдельных компонентах медицинской помощи или на целевых группах населения, интенсивно потребляющих медицинские услуги или в наибольшей степени подверженных риску госпитализации (Singh 2005). Учитывая длительный характер этих заболеваний, государственные органы и системы здравоохранения разрабатывают меры, направленные на то, чтобы помочь больным хроническими заболеваниями управлять собственным здоровьем. Все более широкое признание получает идея о том, что снижение риска и улучшение исходов заболевания не могут определяться исключительно действиями медицинских работников, но зависят также от действий самого человека. Таким образом, поддержка помощи самому себе является жизненно важным элементом любой политики, направленной на борьбу с хроническими заболеваниями.

В этой главе разъясняются такие понятия, как забота о себе, самопомощь и поддержка самопомощи, и подробно рассматриваются теоретические подходы, лежащие в основе многих мер по поддержке самопомощи. Критически проанализированы суть и эффективность мер по поддержке самопомощи при хронических заболеваниях и выявлены проблемы, связанные с оказанием такой поддержки людям с множественными заболеваниями или тем, кто испытывает социальную обездоленность. Изложение иллюстрируется примерами из опыта отдельных стран. В заключение мы определяем факторы, необходимые для внедрения мер по поддержке самопомощи. Эта глава представляет интерес для руководителей здравоохранения и поставщиков услуг, занятых перестройкой системы меди-

цинского обслуживания с целью улучшения качества ведения хронических заболеваний.

Определение понятий «забота о себе», «самопомощь» и «поддержка самопомощи»

Концепция «заботы о себе» ярко прослеживается в официальных документах многих стран, например, в Плане развития Государственной службы здравоохранения Соединенного Королевства (Department of Health 2005) и датской Стратегии ведения хронических заболеваний (National Board of Health 2005a, 2005b). В Австралии аналогичные политические инициативы используют термин «самопомощь» (Walker et al. 2003). Концепция самопомощи применяется также в большинстве других стран (Glasgow et al. 2003). В определениях этих понятий и в том, как они применяются в текущей политической практике и научных исследованиях, с начала 1990-х гг. существуют нечеткость и частичное дублирование (Bentzen et al. 1989; Dean 1989; Haugh et al. 1991; Meetoo and Temple 2003) (см. табл. 6.1).

Забота о себе

ВОЗ определяет заботу о себе как «действия отдельных лиц, семей и общества, имеющие целью улучшение здоровья, профилактику заболеваний, ограничение плохого самочувствия и восстановление здоровья» (WHO 1983). Министерство здравоохранения Соединенного Королевства (Department of Health 2005) использует похожее, но несколько более развернутое определение: «действия, которые люди предпринимает ради самих себя, своих детей и своих семей для того, чтобы оставаться в хорошей форме и поддерживать крепкое физическое и психическое здоровье; удовлетворять социальным и психологическим требованиям; предотвращать болезни или несчастные случаи; оказывать помощь при незначительных недомоганиях и длительных заболеваниях; поддерживать здоровье и благополучие после острого заболевания или выписки из больницы».

Эти определения отражают тот факт, что навыки и знания в области самопомощи вытекают из личного опыта, и позволяют сделать вывод, что она является частью повседневной жизни. В некоторых определениях подчеркивается, что забота о себе предполагает партнерство между потребителем медицинских услуг, теми, кто за ним ухаживает, и медицинскими работниками (NHS Scotland 2005). Другие авторы полагают, что самопомощь и забота о себе могут и не включать в себя деятельность медицинских работников (Eales and Stewart 2001). Забота о себе может охватывать широкий круг действий, начиная от отсутствия действия в определенных ситуациях (Haugh et al. 1991) или приема обезболивающих препаратов при головной боли до приобретения опыта в области лечения существующего заболевания (NHS Scotland 2005). В заботу о себе могут входить поведение и действия людей здоровых; входящих в группу риска; с симптомами заболевания; с поставленным диагнозом заболевания; получающих лечение. Таким образом, забота о себе включает такие разновидности как само-

Таблица 6.1. Основные характеристики заботы о себе, самопомощи и поддержки самопомощи при хронических заболеваниях

Кто участвует	Цели и задачи	Что входит
Забота о себе	<p>Широкий спектр участников: от отдельного человека до семей и местных сообществ в сотрудничестве с работниками и системами здравоохранения; участие медицинских работников не обязательно</p>	<p>По выбору. Профилактика заболеваний и предотвращение несчастных случаев, ограничение развития заболеваний и восстановление здоровья. Улучшение текущего состояния здоровья, которое может быть связано с хроническим заболеванием. Изменение образа жизни, поддержание оптимального уровня здоровья. Восстановление после незначительных заболеваний и выписки из больницы</p>
Самопомощь	<p>Более структурированные сети Сами больные, помогающие им больные тем же заболеванием, медицинские работники и вспомогательный персонал. Включают в себя медицинских работников как партнеров больного, страдающего хроническим заболеванием</p>	<p>Желаемые требования: Минимизация воздействия хронического заболевания на физическое состояние и жизнедеятельность; преодоление психологических последствий заболевания. Снижение боли; участие больных в принятии решений о лечении, достижение ощущения контроля над своей жизнью. Приобщение к медицинской помощи или поддержка доступа к ней. Ориентация на изменение поведения</p>

Может означать отсутствие действий.
Принятие на себя ответственности за собственное здоровье, здоровье детей, членов семьи, а также оказание помощи другим.
Обеспечение контроля.
Управление эмоциями.
Достижение цели и изменение поведения (Hobbs et al. 1999)

Активное участие больного.
Устранение симптомов (Baglow et al. 2002).
Общие или специфические для данной болезни поведенческие задачи.
Индивидуальные либо групповые задачи.
Медицинское и ролевое управление.
Саморегулирование/самонаблюдение.
Изменение образа жизни и обучение

Таблица 6.1 (окончание). Основные характеристики заботы о себе, самопомощи и поддержки самопомощи при хронических заболеваниях

<i>Кто участвует</i>	<i>Цели и задачи</i>	<i>Что входит</i>
<p>Поддержка самопомощи</p> <p>Целевые и более сложные сети: Больные, медицинские работники и системы здравоохранения. Может потребоваться перестройка деятельности медицинского работника</p>	<p>Необходимые требования: разработка услуг и улучшение ведения хронических заболеваний, включая обеспечение поддержки самопомощи, поддержку принятия решений, перестройку системы предоставления услуг и клинические информационные системы. Развитие новых навыков у медицинских работников (например, решения проблем и постановки задач) с ориентацией на больного. Расширение прав и полномочий, активизация и обучение больного.</p> <p>Совершенствование навыков самопомощи. Ведение когнитивных симптомов, положительные изменения в образе жизни, самодостаточно-сти, состоянии здоровья и числе госпитализаций</p>	<p>Упор на сотрудничество между больным, медицинским работником и системой здравоохранения в рамках стандартных, программных вмешательств, направленных на улучшение навыков самопомощи. К числу общих программ относятся Программа самопомощи при хронических заболеваниях; Модель оказания помощи при хронических заболеваниях; Программа «Знающий больной».</p> <p>Программы для конкретных заболеваний, например, сахарного диабета и сердечной недостаточности</p>

стоятельная диагностика, самопомощь, самостоятельный прием лекарств и самонаблюдение.

Самопомощь

Термин «самопомощь» (self-management) впервые был использован Среер в середине 1960-х гг., чтобы описать активное участие больных в процессе лечения (Koch et al. 2004). Цель самопомощи – минимизировать воздействие хронического заболевания на состояние здоровья и жизнедеятельность, и научить людей справляться с психологическими последствиями болезни (Lorig and Holman 1993). Самопомощь описывается как совместная деятельность, объединяющая больного и медицинского работника (Lorig and Holman 1993). Действия, относящиеся к самопомощи, больной обычно совершает в периоды между запланированными обращениями к медицинским работникам и службам. Эти действия включают устранение симптомов, лечение заболеваний, преодоление физических и психологических последствий, неизбежных при хронических заболеваниях, и изменение образа жизни (Glasgow et al. 2003). Ведение заболевания в домашних условиях осуществляется совместно и под руководством лечащего врача и других медицинских работников (Clark et al. 1991). В этом смысле самопомощь рассматривается не как один из возможных вариантов, а, скорее, как неизбежный набор действий, которые должны быть неотъемлемой частью первичной медицинской помощи (Glasgow et al. 2003).

Поддержка самопомощи

Поддержка самопомощи основана на совместном подходе, ориентированном на больного, цель которого – поддержать повышение активности больного, его обучение и расширение его полномочий и возможностей (Goldstein 2004). Поддержка самопомощи расширяет роль медицинских работников от традиционного предоставления информации и обучения больных до оказания им помощи в обретении уверенности в себе и выборе действий, ведущих к более эффективной самопомощи и улучшению результатов лечения (Coleman and Newton 2005). Поддержка самопомощи – ключевая особенность Модели оказания помощи при хронических заболеваниях, в которой подчеркивается ведущая роль информированного, активного пациента в продуктивном взаимодействии между ним и врачом (Glasgow et al. 2002).

Поддержка самопомощи включает в себя обучение больного, совместное применение широкого круга методов изменения поведения с целью обеспечения перемен в образе жизни, усвоение поведения, полезного для здоровья, и развитие навыков, необходимых при лечении хронических заболеваний (Farrell et al. 2004). Больных учат решать проблемы, ставить задачи и использовать научно обоснованные стандартизированные вмешательства при таких хронических состояниях, как сахарный диабет (Coster et al. 2000; Balas et al. 2004), сердечная недостаточность (Ara 2004), артериальная гипертония (Khan et al. 2005) и стенокардия (McGillion et al. 2004). Важным средством поддержки самопомощи со стороны отдельных врачей является совместное

планирование медицинской помощи. Совместно разработанный план медицинской помощи сосредоточен не только на чисто медицинском ведении заболевания, но обеспечивает также ролевое управление, согласование изменений в поведении, диктуемых заболеванием, и преодоление эмоционального воздействия заболевания (Fuller et al. 2004).

Поддержка самопомощи может осуществляться при помощи стандартизированных программ. Они обычно направлены на то, как больной хроническим заболеванием представляет себе свое состояние. Эти программы включают ряд когнитивно-поведенческих вмешательств; их целями являются укрепление веры в собственные силы, здоровое поведение, укрепление здоровья и снижение числа незапланированных госпитализаций (Donngbo et al. 2003). Программы поддержки самопомощи стремятся подготовить больных к участию в медицинском обслуживании, поддержать их жизненные роли и помочь преодолеть отрицательные эмоции, такие как страх и уныние, для чего больным дается возможность приобрести необходимые при преодолении проблем, связанных с болезнью, знания, навыки и веру в собственные силы. Таким образом, эти программы стремятся улучшить качество ведения хронических заболеваний (Goldberg et al. 2003, 2004).

Теоретическая основа поддержки самопомощи

Поддержка самопомощи, оказываемая людям с хроническими заболеваниями, обычно ставит целью в чем-то изменить их поведение. Те, у кого есть одно или более хроническое заболевание, обычно вынуждены предпринимать ряд действий, связанных со своим состоянием; им может понадобиться изменить поведение, чтобы снизить воздействие заболевания и предотвратить дальнейшее ухудшение своего состояния. Например, им могут понадобиться новые навыки или знания для того, чтобы использовать устройства и приспособления, справиться с симптомами и болью, принимать лекарственные средства как назначено врачом или преодолевать ограничения, накладываемые болезнью. Им может быть рекомендовано регулярно заниматься спортом, следить за весом, изменить рацион питания, бросить курить или снизить потребление алкоголя. Многие методы поддержки самопомощи основаны на одной или нескольких теориях человеческого поведения. Например, такие методы, как мотивационное консультирование и краткое инструктирование, прямо опираются на такие теории как теория самовосприятия (на человека сильнее влияют услышанные им собственные слова, чем слова, сказанные другими) и теория баланса принятия решений (принятие решения можно упростить, взвешивая «плюсы» и «минусы» конкретного действия) (Kaiser Permanente 2005).

В табл. 6.2 в обобщенном виде представлены некоторые важнейшие поведенческие теории и приведены примеры соответствующих вмешательств по поддержке самопомощи. Эти теории не являются взаимоисключающими, многие из них используют и модифицируют более ранние идеи. Эти теории представляют различные взгляды на то, что лежит в основе изменений поведения. Оценка базовых идей, лежащих в основе теорий человеческого поведения, полезна для понимания пригодности и возможной эффективности поддержки самопомощи при заболеваниях.

Таблица 6.2. Обзор поведенческих теорий и соответствующих вмешательств в области поддержки самопомощи

Теория	Основная концепция	Связанные с теорией вмешательства по поддержке самопомощи	Литературные источники
Теория рационального выбора	Люди стремятся максимально улучшить свое благосостояние в существующих рамках и принимают решения в соответствии с постоянными предпочтениями путем сопоставления затрат и выгод от того или иного действия	Информационные брошюры, образовательные вмешательства, финансовые стимулы, средства содействия больным в принятии решений	Mill and Bentham (1987); Hargreaves et al. (1992)
Теория обоснованного действия, теория планируемого поведения, модель «установок / социального влияния / самодостаточности» (ASE)	Поведенческие намерения являются основным определяющим фактором поведения человека	Моделирование поведения по равным, поддержка равных	Fishbein and Ajzen (1975); Ajzen and Fishbein (1980); DeVries et al. (1988)
Модель саморегуляции	Убеждения являются важным фактором, с учетом которого разные люди реагируют на свое здоровье и болезнь	Выявление симптомов, самонаблюдение, ведение дневника	Leventhal et al. (1980, 1984)
Транстеоретическая модель изменений	Мотивация и установки являются важными факторами изменения поведения	Стадии изменений; социальный маркетинг	Prochaska and DiClemente (1983)
Социально-когнитивная теория, или теория социального научения	На поведение влияют ожидаемые результаты, обучение через наблюдение, а также ожидания в области самодостаточности	Социальный маркетинг; моделирование поведения по равным; постановка целей и планирование их достижения; формирование веры/уверенности в себе	Bandura (1977, 1997)
Модель преодоления стресса	Люди вырабатывают приемы преодоления стресса в ответ на повторяющиеся стрессовые ситуации, создающие серьезные проблемы с адаптацией	Обучение гибким стратегиям борьбы со стрессом; группы поддержки; когнитивно-поведенческая терапия; учебные группы	Lazarus and Folkman (1984)
Теория самодетерминации	Для создания у людей мотивации к достижению определенной цели в области здорового поведения необходимо удовлетворить три психологические потребности: независимость, компетентность, связь с другими людьми	Совместное планирование медицинской помощи, постановка индивидуальных задач, тренировка навыков	Deci and Ryan (1985)

Теория рационального выбора

Теории принятия решений, основанные на теориях утилитаризма, восходят к работам Иеремии Бентама (1748–1832) и Джона Стюарта Милля (1806–1873) и широко используются в экономике и политологии. Они исходят из того, что люди, предпринимая какие-либо действия или принимая решения, стараются максимально улучшить свое благосостояние. Рациональное принятие решения предполагает, что люди, сталкиваясь с рядом вариантов выбора, выбирают действие, соответствующее их постоянным предпочтениям, путем сопоставления затрат и выгод. В случае здорового образа жизни рациональный выбор предполагает, что люди изменят свое поведение или приобретут новые привычки, лишь если будут считать, что ценность этого перевесит затраты. Если люди не полностью осведомлены о результатах конкретного поведения или действия, это может стать серьезным препятствием для эффективного саморегулирования. Поэтому образовательные вмешательства, направленные на то, чтобы расширить знания человека о заболевании, которым он страдает, доступных вариантах лечения, стратегиях профилактики и ведения заболевания, являются важным элементом поддержки самопомощи. Тем не менее, знание о результатах определенного поведения необязательно ведет к его изменению. Для изменения поведения используются также такие методы, как повышение стоимости рискованного поведения (например, введение налога на табачные изделия) или субсидирование здорового поведения (например, ваучеры на посещение тренажерного зала). Данные говорят о том, что экономические стимулы эффективны в отношении простых профилактических мер и для достижения определенных, четко сформулированных целей в отношении поведения. Данные, подтверждающих, что финансовые стимулы могут способствовать долгосрочным изменениям в образе жизни, меньше (Kane et al. 2004). Рациональный подход к принятию решений подвергался критике с разных точек зрения: наша способность рационально оценивать все варианты ограничена (Simon 1957), люди стремятся затрачивать на принятие решения как можно меньше усилий (Tversky and Kahneman 1974), зачастую предпочтения людей неустойчивы и могут меняться в зависимости от способа подачи информации (Lichtenstein and Slovic 2006).

Теория планируемого поведения

В соответствии с теорией планируемого поведения, поведенческие намерения в значительной степени определяются установками (убеждениями и оценкой результатов) и субъективными нормами (т. е. ощущаемым социальным давлением) (Fishbein and Ajzen 1975; Ajzen and Fishbein 1980). Аналогичная модель, носящая название модель установок / социального влияния / самодостаточности (ASE), представляет собой развитие исходной теории, но включает в качестве третьего компонента самодостаточность (De Vries et al. 1988). Вмешательства, разработанные на основе этой модели, сосредоточены не только на влиянии на отношение людей к своему поведению и их восприятие результатов (т. е. стоит ли этим заниматься?), но и на внешних воздействиях на поведение (т. е. является ли

оно правильным и допустимым?) и уверенности людей в том, что они способны осуществить данное действие (т. е. могу ли я это сделать?).

Модель саморегуляции

Взгляды людей, касающиеся симптомов, причин и прогноза заболевания, а также возможностей борьбы с ним, определяются как «представления о болезни». Исследования, проводившиеся начиная с 1970-х гг., показали важность представлений о болезни для поведения человека (Petrie and Weinman 1997). Доказана их связь с такими результатами, имеющими отношение к здоровью, как депрессия и качество жизни (Leventhal et al. 1980, 1984). Ситуационные стимулы (например, симптомы заболевания) создают как когнитивные, так и эмоциональные представления о болезни; люди усваивают то или иное поведение, чтобы с ними справиться, а затем оценивают эффективность этого поведения. Показано, что изменение представлений больных о своей болезни улучшает восстановление после инфаркта миокарда (Petrie et al. 2002), а также результаты лечения столь разных заболеваний, как сахарный диабет и синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) (Petrie and Broadbent 2003).

Транстеоретическая модель изменений

Транстеоретическая, или трансакционная модель сосредоточена на мотивации или стремлении к изменениям (Prochaska and DiClemente 1983). Она определяет ряд мотивационных шагов, которые необходимо предпринять для изменения поведения: предразмышление, размышление, действие, поддержание и рецидив старого поведения. Теория «стадий изменений» в человеческом поведении широко применяется при санитарном просвещении и пропаганде здорового образа жизни (например, борьба с курением, использование презервативов, снижение веса, избавление от алкогольной и наркотической зависимости, управление стрессовыми ситуациями).

Перечисленные стадии изменений применяются и в отношении самопомощи, и в этом контексте «означают твердую последовательность психологических и поведенческих состояний, через которые проходят больные: от отсутствия мотивации к усвоению нового поведения в начале до интеграции нового поведения в свою жизнь в конце» (Dijkstra 2005). Исследователи пытались классифицировать больных хроническими заболеваниями по стадиям изменений. Идея заключается в том, что на разных стадиях больным нужны разные виды поддержки самопомощи. Такой подход к классификации этапов на основе теоретических построений способен, однако, чрезмерно упростить реальную ситуацию.

Социально-когнитивная теория, или теория социального научения

Теория социального научения Бандуры (Bandura 1977, 1997) утверждает, что на поведение влияют: ожидаемые результаты (убеждения относительно

эффективности поведения, например, преимущества и недостатки того или иного действия); обучение через наблюдение (социальное влияние, включая социальные нормы, социальную поддержку или давление, и поведение других – иначе называется моделированием); и ожидания, связанные с самодостаточностью (убежденность в собственной способности вести себя определенным образом или успешно изменить конкретное состояние мышления, независимо от условий или обстоятельств). Укрепление убежденности больных в самодостаточности является ключевым элементом многих вмешательств по поддержке самопомощи (Logig et al. 2001). На данной теории основываются такие подходы как моделирование поведения по равным (т. е. использование других больных в качестве ролевых моделей) и поддержка равных.

Есть обширные данные в пользу того, что самодостаточность играет важную роль в вероятности принятия и сохранения изменений в поведении, касающихся здоровья, и связана с улучшением эмоциональной реакции, повышением мотивации, улучшением жизнедеятельности, более точным соблюдением врачебных рекомендаций и улучшением клинических и социальных исходов (Marks et al. 2005a, 2005b).

Модель преодоления стресса

Хроническое заболевание можно расценивать как крупное событие в жизни больного, которое характеризуется рядом повторяющихся стрессовых ситуаций, создающих серьезные трудности для адаптации (Moos and Schaeffer 1984; Zautra 1996). Люди с хроническими заболеваниями сталкиваются с целым рядом факторов стресса. Например, при сахарном диабете необходимо соблюдать сложный режим питания и ежедневно выполнять определенные действия, связанные с самопомощью. При артрите приходится преодолевать боль, сталкиваться с деформацией суставов, потерей функциональных возможностей и переживать периоды ремиссии. Способность справиться с этими факторами стресса влияет на то, в какой степени люди могут поддерживать адекватный уровень физической, социальной и эмоциональной жизнедеятельности. Вмешательства на основе модели преодоления стресса акцентируют внимание на методах преодоления стресса и обучают больных применять их к своей ситуации. Многие вмешательства направлены на усиление социальной поддержки и увеличение собственных ресурсов преодоления стресса, таких как чувство владения ситуацией, самоуважение или самодостаточность. С этой теорией связан целый ряд вмешательств, от когнитивно-поведенческой терапии и психотерапии до обучения и создания групп поддержки.

Теория самодетерминации

Теория самодетерминации (Deci and Ryan 1985) подчеркивает значение самостоятельности. В соответствии с этой теорией, медицинские работники должны максимально усиливать естественную мотивацию пациентов. «Мотивация – это психологические силы или энергия, которые побуж-

ждают человека двигаться к определенной цели» (Sheldon et al. 2003). Мотивация к участию в самопомощи зависит от того, в какой степени медицинские работники поддерживают самостоятельность больного, и в какой мере он чувствует себя ответственным за формирование и поддержание такого поведения.

Краткая сводка поведенческих теорий

В целом, знание теорий, объясняющих человеческое поведение, имеет большое значение для планирования и оценки вмешательств, которые помогают людям справляться со своим заболеванием. Самопомощь обычно требует, чтобы люди усвоили новое поведение. Теории, рассмотренные в этом разделе, позволяют сделать вывод, что вмешательства, помогающие людям действовать в целях улучшения своего здоровья и контроля над своим заболеванием, требуют применения ряда методов в зависимости от уровня знаний больного, его представлений о болезни и здоровье, отношения к данному поведению, уверенности в себе, крепости социальных связей и степени мотивации. Необходимая поддержка будет зависеть от социальных условий (как мы увидим ниже), от стадий заболевания и от уровня навыков (например, грамотности). На основе этих теорий разработан широкий круг вмешательств, включая такие, которые обеспечивают поддержку обучения, финансовые стимулы, группы поддержки, состоящие из больных тем же заболеванием, мотивационное консультирование, решение проблем, постановку задач, планирование действий и укрепление навыков преодоления стресса. В следующем разделе рассматриваются эти вмешательства и обобщаются данные об их эффективности.

Программы поддержки самопомощи: масштаб и эффективность

Вмешательствам, связанным с заботой о себе, посвящен отдельный систематический обзор (Coulter and Ellins 2006). Здесь же приведен обзор программ поддержки самопомощи, под которыми мы подразумеваем стандартизированные вмешательства, разработанные для определенных целевых групп (например, пожилых людей, больных сахарным диабетом, родителей детей с бронхиальной астмой). Как мы уже видели, самопомощь при хронических заболеваниях требует решения множества непростых задач. Поэтому неудивительно, что многим людям, страдающим хроническими заболеваниями, трудно успешно справиться с этим, и участие в программах поддержки самопомощи, направленных на воспитание установок и навыков, необходимых для ее успешного осуществления, может принести им пользу. С начала 1990-х гг. наблюдается значительный рост числа международных программ по поддержке самопомощи при заболеваниях, хотя подходы различаются. Во вставке 6.1 приводятся некоторые примеры программ поддержки самопомощи при заболеваниях.

Целевые группы населения

Большинство программ поддержки самопомощи ориентированы на тех, у кого лишь одно заболевание. Barlow et al. (2002) показали, что большинство вмешательств разработаны применительно к бронхиальной астме или сахарному диабету, реже — артриту и ИБС. В Канаде разработана специальная программа реабилитации при ХОБЛ, цель которой — поддержание оптимального физического, социально-психологического и психического уровня жизнедеятельности (Vourbeau et al. 2003). Данные говорят о том, что в результате внедрения программы сократилось число госпитализаций и обращений в отделения неотложной помощи. Отмечены также более активное потребление услуг первичной медицинской помощи и улучшение качества жизни больных.

Некоторые программы поддержки по своей сути ориентированы не на конкретную болезнь, а носят общий характер. Такие программы нацелены на людей с множественными патологиями или постоянной инвалидностью, часто пожилых. Возможно, лучшим примером таких универсальных программ (см. вставку 6.1) является Программа поддержки самопомощи при хронических заболеваниях (CDSMP) (Lorig et al. 2001).

Вставка 6.1. Примеры программ поддержки самопомощи

Программа поддержки самопомощи при хронических заболеваниях

Программа поддержки самопомощи при хронических заболеваниях (CDSMP) разработана в Стэнфордском университете (Lorig et al. 1999, 2001); она включает шестинедельный цикл семинаров, с еженедельными встречами продолжительностью по 2,5 ч, которые обычно проводятся в общественных местах, таких как клубы для пожилых, церкви, библиотеки и больницы. На них собираются люди, страдающие различными хроническими заболеваниями. Семинары ведут два инструктора, прошедшие специальную подготовку; хотя бы один из них — человек, сам страдающий хроническим заболеванием и не являющийся медицинским работником.

На семинарах изучаются следующие темы: (1) как справиться с общими для всех хронических заболеваний проблемами — чувство бессилия, усталость, боль и одиночество; (2) соответствующие упражнения для поддержания и укрепления силы, гибкости и выносливости; (3) надлежащее применение лекарственных средств; (4) налаживание отношений с семьей, друзьями и медицинскими работниками; (5) питание; (6) способы оценки новых методов лечения. Каждому участнику семинара выдается экземпляр справочника *Жить здоровой жизнью при хронических заболеваниях* и аудиокассета с музыкой для релаксации *Время на исцеление*.

Высказывалось мнение, что эффективность программы объясняется формой преподавания. Все участники семинаров активно вовлечены в них; взаимная поддержка и успех служат основой для повышения уверенности участников в том, что они могут контролировать свое здоровье и вести активную жизнь. CDSMP не входит в противоречие с другими вмешательствами или видами медицинской помощи. Ее цель — поддержать регулярное лечение и обучение, связанное с конкретным заболеванием. Программа особенно помогает при множественных хронических заболеваниях и инвалидности, так как сосредоточена на развитии навыков по координации различных задач, необходимых для поддержания здоровья и ведения активной жизни.

Вставка 6.1 (окончание). Примеры программ поддержки самопомощи

Комплексная система поддержки укрепления здоровья

Комплексная система поддержки укрепления здоровья (CHESS) – это интерактивная компьютерная система, предназначенная для поддержки больных хроническими заболеваниями или другими кризисными состояниями и проблемами, связанными со здоровьем (Gustafson et al. 2001). CHESS предоставляет информацию, направления к специалистам, оказывает поддержку при принятии трудных решений и привлечении экспертов, а также других людей, перед которыми стоят похожие проблемы. CHESS создана, чтобы облегчить доступ к медицинским и социальным услугам для людей, которые без нее столкнулись бы с психологическими, социальными, экономическими или географическими препятствиями при медицинском обслуживании.

Доступ к системе осуществляется из дома при помощи Интернета или программного обеспечения, установленного на персональном компьютере. Участникам программы CHESS, не имеющим компьютера, он предоставляется на срок до одного года. Система CHESS установлена также в общественных центрах, медицинских учреждениях, студенческих общежитиях и на рабочих местах. В настоящее время CHESS используется несколькими крупными медицинскими организациями в США и Канаде. Она с успехом проверена на различных группах населения, включая пожилых, лиц с низким образованием и представителей различных меньшинств. Все они в равной степени, хотя и по-разному, использовали возможности системы.

Большинство программ поддержки нацелены на больного. Те, кто осуществляет уход за ним, и его родные могут сопровождать больного на одно из занятий; программы поддержки самопомощи, предназначенные исключительно для лиц, ухаживающих за больным, и членов семьи, встречаются редко. Там, где они есть, они преимущественно сосредоточены на людях, ухаживающих за хроническими больными, которым нужен интенсивный домашний уход, например, теми, кто перенес инсульт, страдает деменцией или находится в терминальной стадии заболевания. В этих программах наибольшее внимание уделяется тому, чтобы помочь ухаживающему справиться с эмоциональными трудностями, связанными с заботой о человеке, который нуждается в интенсивном уходе. Очень немногие программы разработаны специально, чтобы помочь партнерам и другим членам семьи обеспечить больному поддержку самопомощи (Clark and Dunbar 2003). Примером поддерживающей программы, ориентированной на развитие навыков оказания поддержки среди членов семьи больных сердечной недостаточностью, является программа «Семейное партнерство» (Clark and Dunbar 2003). В значительной мере она посвящена тому, чтобы научить членов семьи использовать формы поведения, поддерживающие самостоятельность, такие как проявление сочувствия и заботы, поиск доводов в пользу самопомощи, подчеркивание возможностей выбора, существующих для больного, ограничение критики и выражений, провоцирующих чувство вины, помощь больному в выработке поведения, содействующего решению проблем. Вместе с тем, чтобы оценить

пользу поддерживающих программ для партнеров больного или членов семьи, необходимы дальнейшие исследования.

Большинство программ поддержки самопомощи ориентированы на взрослых; на детей рассчитаны лишь единицы. Есть несколько исключений, особенно в отношении бронхиальной астмы – программы, рассчитанные как на детей, так и на взрослых. Многие программы для детей первоначально создавались для взрослых и недостаточно учитывают уровень развития ребенка (Mokink et al. 2007). Большинство программ поддержки используются только в той стране, где созданы, и лишь некоторые были адаптированы для использования в условиях других стран или культур. Исключение составляет Программа самопомощи при артрите (ASMP), разработанная в Стэнфордском университете, но внедренная в ряде стран помимо США, включая Данию, Соединенное Королевство, Нидерланды, Австралию и Канаду (Barlow et al. 2002). CDSMP была приспособлена к условиям Соединенного Королевства (под названием Программа «Знающий больной») и Канады (в провинциях Британская Колумбия и Альберта под названием «Улучшим нашу жизнь»), а в Дании Национальное управление здравоохранения рекомендовало ее внедрение по всей стране после успешного пробного внедрения (см. сопроводительный том).

Содержание

Lorig and Holman (2003) пишут, что большинство вмешательств нацелено на решение медицинских или поведенческих задач; отдельные вмешательства уделяют также внимание ролевому управлению или управлению эмоциями. Это, однако, зависит от конкретного заболевания: в программах поддержки больных злокачественными опухолями эмоциональным аспектам болезни внимание будет уделяться с большей вероятностью, чем в программах для больных бронхиальной астмой, где ведущее место отводится правильному приему лекарственных средств. Вмешательства, которые сосредоточены в первую очередь на режиме приема лекарственных средств и облегчении симптомов, неизбежно ориентированы на конкретное заболевание. Вмешательства, включающие борьбу с психологическими последствиями заболевания (например, подавленность), изменения образа жизни (например, физическая активность), социальную поддержку и обмен информацией, обычно носят общий характер, но могут быть адаптированы и для конкретных заболеваний.

Первым программам самопомощи часто не хватало прочной теоретической основы, либо теоретические принципы не были четко изложены. Как отмечалось выше, в настоящее время многие программы основаны на теории социального научения Бандуры (Bandura 1977, 1997) и сосредоточены на формировании самодостаточности или используют принципы саморегуляции. Отмечено, что программы поддержки для больных сахарным диабетом и артритом обычно теоретически более обоснованы, чем программы для больных бронхиальной астмой, где вмешательства преимущественно опираются на эмпирические данные, носят инструктивный характер, и лишь изредка в них используются методы преодоления препятствий к овладению навыками самопомощи (Newman et al. 2004).

Другие характеристики программ самопомощи

Программы самоконтроля могут быть групповыми или индивидуальными, либо комбинированными. Группы обычно состоят из 6–12 участников и часто используют письменные материалы. Индивидуальные программы варьируют от предоставления письменных инструкций, с которыми участники работают дома, до индивидуальных собеседований с медицинскими работниками в медицинском учреждении.

Большинство вмешательств осуществляется медицинскими работниками — врачами, психологами и медицинскими сестрами. Например, в Австралии обучение самопомощи при сахарном диабете проводится главным образом специально обученными медицинскими сестрами и диетологами в диабетических центрах. В Швеции большинство мероприятий по поддержке самопомощи при сахарном диабете проводится в амбулаторных клиниках, руководимых медицинскими сестрами. В программах CDSMP в США и «Знающий больной» в Соединенном Королевстве используются наставники из числа больных хроническими заболеваниями, прошедших специальное обучение. При оценке программы «Знающий больной» найдено, что успех, достигнутый в группе, согласно ощущениям ее участников, зависит от того, насколько хорошо действует наставник группы (National Primary Care Research and Development Centre 2007).

Большинство программ самопомощи действует на базе медицинских учреждений, таких как больницы или реабилитационные центры. В некоторых странах подобные программы традиционно ведут добровольцы или организации больных. Например, во Франции организация больных сахарным диабетом выпускает рекомендации и бюллетени для больных по уходу за стопами, инъекциям инсулина, снижению потребления жира и физической активности. В Канаде органы здравоохранения провинций начинают активнее вкладывать средства в программы поддержки самопомощи; ранее финансированием занимались ассоциации по борьбе с сахарным диабетом и злокачественными опухолями. Все чаще программы поддержки самопомощи финансируются государственным здравоохранением.

Эффективность

Для разработчиков политики и поставщиков медицинских услуг основной вопрос заключается в том, принесут ли программы поддержки самопомощи какую-то пользу больным хроническими заболеваниями. Ответ на этот вопрос не очевиден. Систематические обзоры и метаанализы позволяют сделать вывод, что большинство программ дает положительные результаты, но это редко касается всех оцениваемых показателей.

Chodosh et al. (2005) провели метаанализ 53 рандомизированных контролируемых испытаний, посвященных методам самопомощи у пожилых больных сахарным диабетом, артериальной гипертензией и остеоартритом. Авторы пришли к выводу, что большинство положительных результатов связаны с клиническими показателями, такими как уровень глюкозы крови (при сахарном диабете) или артериальное давление (при артериальной гипертензии), но не касались таких аспектов, как боль,

функциональный статус (при остеоартрите) и вес (при сахарном диабете). Объяснение, предложенное авторами, состоит в том, что программы, направленные на обеспечение режима медикаментозной терапии, наиболее эффективны.

В двух Кокрановских обзорах оценивалась эффективность программ поддержки самопомощи. Один из них был посвящен программам для взрослых больных бронхиальной астмой (Gibson et al. 2002). Изученные вмешательства предусматривали самостоятельное наблюдение за симптомами, регулярные врачебные осмотры и использование письменных планов действий. Найдено, что участие в этих программах положительно влияло на течение заболевания: у тех, кто участвовал в программе, было меньше число госпитализаций, обращений в отделения неотложной помощи или незапланированных посещений врача. Они сообщали о более редком возникновении симптомов в ночное время и снижении числа пропущенных дней на работе или в школе. Второй Кокрановский обзор (Riemsma et al. 2002) был посвящен программам поддержки самопомощи при ревматоидном артрите. Вмешательства включали в себя обучение больных в сочетании с некоторыми другими мерами, такими как применение поведенческого метода, физические упражнения, биологическая обратная связь и социально-психологическая поддержка. Есть данные, что программы положительно влияли на функциональный статус, число пораженных суставов, состояние здоровья по субъективной оценке и общее психологическое состояние, но не на уровень боли, тревоги или депрессии. Положительное влияние отмечалось вскоре после участия в программе поддержки; существует ли долгосрочное влияние, не выяснено.

Lorig and Holman (2003) описали результаты проведенных Стэнфордским центром исследований в области обучения больных рандомизированных исследований их собственных программ самопомощи (в частности, CDSMP и ASMP). В целом, отмечено положительное влияние на частоту таких видов поведения, как физическая активность и устранение симптомов заболевания. Во всех исследованиях, посвященных пациентам с артритом и болью в спине, отмечено уменьшение боли; в большинстве исследований отмечено также уменьшение нетрудоспособности. Кроме того, участники сообщали об улучшении общения со своими врачами. В двух исследованиях, одно из которых было посвящено английской версии программы ASMP, а второе – программе CDSMP, найдено также значительное сокращение использования ресурсов здравоохранения. Рандомизированное испытание, посвященное оценке эффективности программы «Знающий больной» в Соединенном Королевстве, выявило улучшения в уровне самодостаточности и активности среди больных хроническими заболеваниями; есть также данные о сокращении (небольшом) расходов (Kennedy et al. 2007).

На основании нескольких рандомизированных клинических испытаний Barlow et al. (2002) заключают, что программы поддержки самопомощи эффективны в плане повышения информированности, при борьбе с симптомами заболеваний, использовании методов самопомощи и повышения самодостаточности и содействуют положительным клиническим исходам.

Coulter and Ellins (2006), опираясь на результаты систематического об-

зора, сделали вывод, что образовательные программы, обучающие практическим навыкам самопомощи, эффективнее тех, которые лишь снабжают больного информацией. Однако результаты исследований по оценке обучения самопомощи были неоднозначными, поскольку в целом наблюдалось повышение информированности, улучшение в навыках преодоления последствий заболевания, более точное следование врачебным рекомендациям, повышение самодостаточности и улучшение качества симптоматической терапии. Данных о сокращении использования медицинских услуг, сокращении расходов и повышении качества жизни мало, однако были выявлены факторы, связанные с более выраженным эффектом: более длительные и интенсивные вмешательства, регулярный контроль со стороны медицинских работников, сосредоточение на конкретных, а не общих вопросах, использование активных, а не пассивных методов обучения, многокомпонентные подходы и привлечение тех, кто осуществляет непрофессиональный уход.

Методологические вопросы

Эти исследования имеют ряд ограничений, о которых нужно помнить. Во-первых, период последующего наблюдения описанных выше оценок редко превышает 12 мес, а чаще всего составляет менее 6 мес, поэтому делать выводы об отдаленных последствиях программ поддержки самопомощи трудно. Во-вторых, хотя большинство программ поддержки дает положительные результаты (по крайней мере, краткосрочные), ни в одном из перечисленных выше исследований не удалось связать отдельные компоненты программы с исходами. Большинство программ многокомпонентные, но в исследованиях зачастую не приводится подробного описания вмешательств, позволяющего полностью их осмыслить. Это означает, что мы до сих пор не знаем, какие подходы, методы или элементы программ самопомощи наиболее успешны и, следовательно, должны получить развитие в будущем. Согласно наблюдениям Logig and Holman (2003), одним из важнейших механизмов, позволяющих улучшить состояние здоровья больных, участвующих в программах самопомощи, является повышение самодостаточности. Они также сделали вывод, что в будущем самодостаточность должна стать ключевым компонентом программ поддержки самопомощи. Необходимо дальнейшее изучение этого вопроса, чтобы не предлагать в будущем программ, включающих ненужные компоненты, на которые напрасно тратятся время и деньги.

Сравнительная эффективность универсальных программ и программ, ориентированных на конкретные заболевания, также нуждается в дальнейшей оценке. Clark and Dunbar (2003) утверждают, что программы поддержки, обучающие базовым навыкам решения проблем и саморегуляции, могут быть полезны многим, независимо от того, каким именно хроническим заболеванием они страдают. Такие программы могут помочь людям с редкими заболеваниями или с множественными хроническими состояниями — таких людей много, а программы поддержки, разработанные применительно к конкретному заболеванию, им недоступны либо не подходят. Coulter and Ellins (2006) обнаружили, что для разных заболеваний результаты обучения самопомощи различны. Обучение больных

бронхиальной астмой способствовало снижению потребления медицинских ресурсов при одновременном повышении качества жизни и росте самодостаточности, а обучение больных артритом приводило лишь к небольшому и недолговому влиянию на боль и функциональные нарушения (Coulter and Ellins 2006).

Лишь в нескольких исследованиях анализировалась экономическая эффективность программ (например, Kennedy et al. 2007), причем в этих случаях анализ был преимущественно сосредоточен на прямых издержках программ самопомощи, а косвенные издержки участников (например, период отсутствия на работе или оплата другого лица, осуществляющего уход в этот период, транспортные расходы и т. д.) учитывались редко. Представляется вероятным, что некоторые вмешательства обходятся дешевле других: программы, которые ведут непрофессионалы, возможно, будут менее дорогостоящими, чем программы, которые ведут медицинские работники; групповые программы – дешевле индивидуальных; программы, развернутые в общественных местах – дешевле, чем программы в медицинских учреждениях. Эти возможные различия в затратах систематически не оценивались.

Удовлетворение потребностей в поддержке у различных групп больных

Несмотря на разнообразие существующих программ поддержки самопомощи, у некоторых групп больных самопомощь связана с осуществлением особо сложных задач. Далее мы выделяем, как минимум, три группы больных, которым может быть необходима более интенсивная (или просто иная) поддержка самопомощи: больные со сложными потребностями, люди с ограниченными ресурсами, и те, у кого отсутствует мотивация.

Сложные потребности

У некоторых групп больных самопомощь связана с осуществлением особо сложных задач. К их числу относятся люди с множественными хроническими заболеваниями, пожилые слабые люди и больные с тяжелыми или множественными нарушениями здоровья и инвалидностью (Bayliss et al. 2003; Young 2003; Levine et al. 2006; Suhl and Bonsignore 2006). Такие люди обычно не могут участвовать в стандартизированных вмешательствах, которые оцениваются в рандомизированных клинических испытаниях. Более того, существующие программы поддержки – особенно те, которые ориентированы на конкретные заболевания – могут не соответствовать особым потребностям людей с множественными патологиями или стойкой инвалидностью. Bayliss et al. (2003) сообщили, что у больных с полиморбидностью часто возникают «конкурирующие потребности», обусловленные их хроническими заболеваниями. Кроме того, определенные виды деятельности, направленные на поддержание физического или психического здоровья, для них могут быть сопряжены с трудностями ввиду множественных заболеваний. Например, при сахарном диабете

и ожирении рекомендация выполнять физические упражнения может оказаться невыполненной из-за сопутствующего артрита. Кроме того, депрессия и другие психические нарушения, часто сопутствующие хроническим заболеваниям (Verhaak et al. 2005), отрицательно сказываются на качестве самопомощи (см., например, Ciechanowski et al. 2000). Данные Национальной рабочей группы Нидерландов по проблемам хронически больных и инвалидов показывают, что в 2005 г. отсутствие физической активности, согласно собственной оценке, значительно чаще встречалось среди тех, у кого была тяжелая форма инвалидности, по сравнению с теми, у кого инвалидность отсутствовала или имела легкую форму (табл. 6.3) (Rijken et al. 2005).

Идея об индивидуализации мер по поддержке самопомощи пока только зарождается, и информации, которой могли бы руководствоваться лица, ответственные за разработку политики, выбирая наилучший подход, нет. Тем не менее, некоторые вмешательства в этом отношении представляются многообещающими. Универсальные программы поддержки самопомощи, сосредоточенные на развитии самодостаточности и методах решения проблем, а также на интеграции навыков самопомощи в повседневную жизнь, могут подойти больным с множественными заболеваниями или стойкой инвалидностью. Подход с точки зрения инвалидности (Heijmans et al. 2004), при котором общие нарушения функций при различных хронических заболеваниях в социальной, эмоциональной и физической сфере становятся исходной точкой для вмешательства, может подойти и для больных со сложными потребностями. Разработаны компьютерные программы поддержки принятия решений, которые позволяют медицинским сестрам консультировать по телефону больных с множественными заболеваниями для того, чтобы сосредоточиться на тех видах самопомощи, которые, скорее всего, наиболее эффективно помогут им справиться со своим состоянием. Например, при сахарном диабете и ИБС нужно сочетать действия, направленные на снижение уровня липидов и контроль уровня глюкозы крови (Mulley 2006). Необходима дальнейшая работа по разработке общих руководств и информационных ресурсов, которые учитывали бы взаимозависимости, характерные для людей с множественными заболеваниями. Имеющаяся на сегодня информация и инструменты поддержки принятия решений по большей части рассчитаны на отдельные конкретные заболевания. Наконец, важно поддерживать самопомощь и при психических, а не только соматических заболеваниях. Некоторые медицинские учреждения готовы ввести обследование на депрессию и ее лечение перед тем, как начинать программы самопомощи при хронических соматических заболеваниях.

Levine et al. (2006) предупреждают, что хрупкое здоровье — «это не просто сумма нескольких заболеваний»: многие пожилые люди со слабым здоровьем страдают не только от множественных заболеваний; зачастую им сопутствуют когнитивные нарушения и психические заболевания. По мнению авторов, необходимы дальнейшие исследования на тему, какой подход к ведению заболеваний в наибольшей степени отвечает потребностям пожилых людей со слабым здоровьем. Они полагают, что наиболее эффективными окажутся подходы, учитывающие как социальные, так и медицинские потребности этой группы людей и лиц, осуществляющих уход за ними.

Нехватка ресурсов

Некоторым людям с хроническими заболеваниями не хватает доступа к ресурсам, необходимым для успешной самопомощи и для участия в программах поддержки. Хотя программы поддержки самопомощи рассчитаны на овладение такими ресурсами как знания, навыки общения, умение справляться с проявлениями болезни, социальная поддержка и самодостаточность, для того, чтобы поддержка самопомощи принесла пользу, человек должен обладать хотя бы минимальным уровнем этих ресурсов. Больные должны знать о существовании таких программ; должны говорить на одном языке с руководителем программы и другими членами группы; быть достаточно грамотными, чтобы читать и понимать сопроводительные материалы в письменном виде; иметь возможность добраться в нужное место и оплатить участие в программе или знать, как получить компенсацию, если это возможно. Для курсов CDSMP серьезную проблему представлял охват несходных, в чем-либо ущемленных групп населения (National Primary Care Research and Development Centre 2007). В особенно невыгодном положении находятся: пожилые, малообразованные, люди с низкими доходами, без медицинской страховки, страдающие когнитивными нарушениями или психическими заболеваниями, представители этнических меньшинств (Glasgow et al. 1997; Becker et al. 2004; Rothman et al. 2004; Suhl and Bonsignore 2006).

Исследование, посвященное больным хроническими заболеваниями, проведенное в 2005 г. в Нидерландах, показало, что люди с низкими доходами значительно чаще являются физически инертными, чем люди с высокими (табл. 6.3). Люди с невысоким образовательным уровнем хуже раз-

Таблица 6.3. Уровень отсутствия физической активности среди больных, страдающих одним или несколькими хроническими заболеваниями, в зависимости от уровня инвалидизации и доходов, 2005 г.

	<i>Количество</i>	<i>Физически неактивные (%)</i>
<i>Инвалидность</i>		
Отсутствует/легкая	1102	9
Средней тяжести	450	20
Тяжелая	167	52
Всего	1719	
<i>Доход (евро)</i>		
< 850	139	32
850–1450	775	29
1450–1900	435	18
1900–2300	296	18
2300–2700	176	14
2700–3300	184	14
> 3300	126	8
Всего	2131	

Источник: данные Национальной рабочей группы Нидерландов по проблемам хронически больных и инвалидов.

бирались в назначенном им медикаментозном лечении (табл. 6.4; Heijmans 2006). Аналогичные примеры можно найти и в других публикациях. Например, Becker et al. (2004) в качественном исследовании среди афро-американцев, страдающих хроническими заболеваниями, обнаружили, что респонденты, которые не были застрахованы, реже сообщали о регулярных физических упражнениях. Те, у кого имелась та или иная форма медицинского страхования, имели гораздо больше возможностей обсудить свое заболевание и проблемы самопомощи с врачами и другими медицинскими работниками.

Неблагополучным группам населения будет полезен начальный курс обучения для больных («что и зачем следует делать»), прежде чем переходить к выработке нужных навыков по самопомощи и добиваться уверенности в достижении результатов («как это следует делать»). Уместна будет индивидуальная поддержка лечащего врача или групповая консультация с другими больными, страдающими тем же заболеванием, по возможности, с предоставлением раздаточных учебных материалов в письменной или аудиовизуальной форме на родном для больного языке. В некоторых странах больные просто не имеют доступа к простейшим знаниям о собственном заболевании. Например, в канадской провинции Онтарио только 28% больных сахарным диабетом имели доступ к структурированному обучению (см. сопроводительный том).

После того как базовое обучение и консультирование больных обеспечено, постоянная поддержка, включающая в себя постановку целей, планирование действий, регулярные проверки и помощь в решении проблем, может помочь таким больным получить навыки и уверенность, которые необходимы им для решения задач по самопомощи. Все это может быть предоставлено либо медицинским работником из бригады, к которой прикреплен больной, либо, по телефону, его куратором. Когда больной начнет чувствовать себя уверенно и приобретет необходимую мотивацию для участия в программах поддержки, может быть принято решение о его направлении на физически и финансово доступные ему программы самопомощи по месту жительства (Coleman and Newton 2005).

Таблица 6.4. Осведомленность о применении лекарственных средств у 440 больных ХОБЛ в зависимости от уровня образования, 2006 г.

<i>Уровень образования</i>	<i>Средний балл (из 11)</i>	<i>Стандартное отклонение</i>
Отсутствие образования / начальная школа	3,3	2,6
Начальное профессиональное образование	4,1	3,2
Среднее профессиональное образование	4,2	2,9
Высшее профессиональное образование / университет	4,6	3,0

R для тенденции < 0,05.

Источник: данные Национальной рабочей группы Нидерландов по проблемам хронически больных и инвалидов.

Отсутствие мотивации

Третью группу людей с хроническими заболеваниями, которые недостаточно охвачены имеющимися программами поддержки, составляют те, у кого отсутствует мотивация. Barlow et al. (2002) определяют эту группу как тех, кто, «возможно, не воспринимает концепцию самопомощи». Поскольку участие в программах поддержки самопомощи является добровольным, участники должны проявлять желание повысить уровень самопомощи или, как минимум, всерьез задумываться над этим (Dijkstra 2005). Тем, кто не стремится к усвоению принципов здорового образа жизни, вряд ли принесут пользу программы поддержки, сосредоточенные на выработке самодостаточности и создании индивидуальных планов деятельности. Такие люди, в общем-то, знают, «что» они должны делать, но не знают, «зачем». Согласно транстеоретической модели, они находятся на этапе «предразмышления». Barlow et al. (2002) отмечают, что больным «может понадобиться помощь, чтобы перейти от «предразмышления» к «размышлению» о том, чтобы сделать самопомощь частью своей жизни». Модель активизации больных, разработанная и оправдавшая себя в США, рассматривает таких больных как имеющих меньше всего знаний, навыков и уверенности и, следовательно, не понимающих, что они должны играть активную роль в поддержании собственного здоровья (Hibbard et al. 2005). Определяя, какой тип поведения является реально достижимым на разных стадиях активизации, можно побудить больных перейти к «следующим этапам», соответствующим их уровню знаний и навыков (Hibbard and Tusler 2007).

К сожалению, очень мало известно о том, как помочь больным сделать этот шаг. Необходимы дальнейшие исследования, чтобы понять, почему отсутствует мотивация к уходу за собой, и изучить представления этой группы больных о болезни, как описано выше в этой главе. Если человек не считает свое заболевание серьезным или не ощущает каких-либо симптомов, он менее мотивирован к самопомощи. Он может также не верить, что способен повлиять на свое здоровье или справиться с болезнью, ни следуя медицинским рекомендациям, ни самостоятельно. Ложные представления о причинах заболеваний, их течении и последствиях, а также преимуществах надлежащей самопомощи можно исправить путем вмешательств, целью которых является формирование независимого поведения. Это может осуществляться путем предоставления информации, важной для личных целей больного; использования ролевых моделей, привлекательных для него; наблюдения и обратной связи при оценке достигнутых результатов; поддержки со стороны тех, кто находится в сходной ситуации. Кроме того, медицинские работники могут привлекать партнеров или других лиц из круга общения больного к процессу самопомощи. Это может быть полезно всем, но совершенно необходимо для тех, у кого отсутствует внутренняя мотивация.

Хотя систематизация помощи людям с хроническими заболеваниями обладает многими преимуществами (глава 4), поддержка самопомощи должна учитывать индивидуальные потребности. Это следует иметь в виду при разработке и оценке вмешательств по поддержке самопомощи. Однако чтобы понять, какие препятствия к самопомощи стоят перед разными больными, необходимы дальнейшие исследования.

В целом, проактивные медицинские бригады воспользуются стандартизированными оценками уровня самопомощи в различных аспектах, включая навыки ведения заболевания и уверенность в себе при преодолении трудностей в процессе самопомощи и получении доступа к поддержке. По нашему мнению, поддержка, в которой нуждаются больные, может зависеть от характера и количества заболеваний или степени инвалидизации; от их образования, возраста, этнической принадлежности, языка, культуры и дохода; от навыков, знаний и уверенности в себе; от представлений, установок, мотивации и готовности к изменениям. Необходимы инструменты, легко применимые в клинической практике, позволяющие изучать проблемы, с которыми сталкиваются больные, чтобы предоставить им необходимую поддержку.

Построение системы здравоохранения, поддерживающей самопомощь

Только в последние годы поставщики медицинских услуг и страховые компании осознали, насколько важна поддержка самопомощи для улучшения результатов лечения. Если самопомощь столь важна при этом, и есть данные о том, что можно улучшить способность больных к самопомощи, то что требуется, чтобы создать систему поддержки самопомощи?

Самопомощь требует общесистемного подхода. Glasgow et al. (2003) определили поддержку самопомощи как «процесс внедрения и совершенствования многоуровневых изменений в системах здравоохранения и местных сообществах для облегчения самоконтроля». Система здравоохранения должна обеспечивать поставщиков медицинских услуг стимулами, направленными на содействие поддержке самопомощи (глава 9). В системах, где медицинские работники поощряются за более активную деятельность, они будут стремиться чаще видеть больных, даже если это ничего не дает самим больным и создает работникам неудобства вследствие транспортных расходов и потери трудового времени. Больных можно обучить навыкам проведения многих повседневных исследований (например, измерение артериального давления, уровня глюкозы крови и пиковой скорости выдоха). Подушевая оплата труда медицинских работников за период лечения не менее года или оплата по результатам лечения создает стимулы к поддержке самопомощи у больных. В ряде стран для того, чтобы изменить отношение к поддержке больных хроническими заболеваниями, используют финансовые стимулы, особенно премии врачам и медицинским сестрам (например, контракты для врачей общей практики в Соединенном Королевстве и Нидерландах и оплата с учетом качества деятельности в системе Медикэр в США). Кроме того, у поставщиков медицинских услуг должны существовать ресурсы для поддержки самопомощи. Например, в провинции Онтарио (Канада) в рамках Соглашения о врачебных услугах на 2004 г. существовала договоренность, что Министерство здравоохранения провинции организует раздачу учебных материалов по самопомощи среди больных, которые наблюдаются бригадами врачей семейной медицины (см. сопроводительный том).

Врачей необходимо обучать тому, как поддерживать больных наиболее эффективно. Tattersall (2002) указывает, что многим работникам здраво-

охранения нелегко свыкнуться с идеей расширения прав и полномочий больных. Активное участие больных хроническими заболеваниями в ведении собственной болезни зависит не только от желания и возможностей их самих, но также от положительного отношения и наличия соответствующих навыков у обслуживающих их медицинских работников. Поддержка самопомощи требует глубокого сдвига во взаимоотношениях между больным и медицинским работником. Их встречи могут стать более продолжительными, носить более обучающий характер и потребуют от работников здравоохранения новых навыков (глава 7). В Австралии после серии из 12 пробных проектов правительство намерено за следующие пять лет вложить в программы самопомощи 515 млн австралийских долларов (316 млн \$). Большая часть средств пойдет на обучение медицинских работников, особенно врачей общей практики, всему, связанному с самопомощью (см. сопроводительный том). Во Франции, напротив, действующее законодательство затрудняет замены и делегирование врачебных функций и не поддерживает обучение приемам поддержки самопомощи.

Врачи, которые хотят сохранять свой профессиональный авторитет и ожидают от больных выполнения всех своих рекомендаций, могут повредить поддержке самостоятельного ведения больными своего заболевания. Во многих странах поддержка врачами действий в сфере самопомощи и активное привлечение больных к соответствующим программам — редкость. В ходе общенациональной оценки результатов программы «Знающий больной» выяснилось, что медицинские работники не участвовали в ней, очень немногие направляли больных на курсы, знали об их содержании или понимали целесообразность занятий (National Primary Care Research and Development Centre 2005).

Поддержка самопомощи не должна ограничиваться усилиями отдельных работников здравоохранения; здесь требуется координация усилий. Сюда входят планирование групповых посещений врача больными, имеющими сходные хронические заболевания, использование руководств по ведению заболевания как подспорья для упорядочения врачебных консультаций, обеспечение систематической поддержки с помощью регулярных телефонных звонков (особенно медицинскими сестрами) и создание механизма обратной связи или напоминаний с помощью электронной почты или SMS-сообщений (Coleman and Newton 2005). Другие изменения могут включать предоставление больным доступа к другим членам бригады по оказанию помощи помимо врачей, иные формы контактов (например, по телефону, электронной почте или внеплановые посещения — индивидуальные или групповые), доступ к электронным медицинским картам, предварительную подготовку больных к консультациям с помощью формирования повестки дня, использование больными методов постановки целей и планирования деятельности, создание возможностей для обучения у других больных, назначение кураторов или лиц, представляющих интересы больного (Bergeson and Dean 2006). Везде, где возможно, поддержка самопомощи должна быть доступна также через Интернет и телефонные информационные службы. Примером такого подхода является правительственный Интернет-проект HealthInsite в Австралии, в рамках которого предоставляется качественная информация по ряду тем, связанных со здоровьем. Использование телефонных служб расширяет эту концепцию. Инициатива Health First (Австралийская сто-

личная территория) поддерживает обширный Интернет-сайт по вопросам здоровья и услуг здравоохранения; обеспечивает простой доступ к медицинской информации и телефонную связь со специально обученными медицинскими сестрами, круглосуточно, семь дней в неделю, предоставляющими консультации (АСТ Government 2007).

Групповые и общественные мероприятия, например, программы снижения веса и «прогулки в компании друзей», почти не требуют непосредственной поддержки со стороны системы здравоохранения. Однако такие схемы, как «упражнения по рецепту врача», которые обеспечивают профессиональную или финансовую поддержку, способны привлечь большее число больных, особенно тех, кто еще не охвачен поддержкой, и жителей бедных районов. Медицинским работникам и страховым компаниям рекомендуется распространять информацию о доступных по месту жительства ресурсах и пользе от них для больных и для медицинских работников. Более сложные меры самопомощи — например, когда больной следит за клиническими показателями, важными при его заболевании, и сообщает о них — могут потребовать доступа к телемедицине или оборудованию для наблюдения на дому. Результаты могут автоматически заноситься в электронную медицинскую карту пациента и быть доступными для просмотра через защищенное Интернет-соединение, что позволяет больным следить за изменением своего состояния с течением времени. Это требует инвестиций в информационные и вспомогательные технологии (глава 8).

Модель оказания помощи при хронических заболеваниях исходит из того, что самостоятельное ведение заболевания и активное взаимодействие между больным и врачом являются неотъемлемой частью системы здравоохранения и более широкого социального окружения. Руководители здравоохранения должны добиваться того, чтобы системы, организации, отдельные медицинские работники и местные органы власти помогали больному достичь успеха в самопомощи.

Выводы

Эта глава посвящена самопомощи, которую мы считаем важнейшим элементом заботы о себе при хронических заболеваниях. Самопомощь требует определенных действий, направленных на изменение поведения. Большинству людей, чтобы добиться при этом успеха, необходима поддержка. При разработке и оценке мероприятий по поддержке самопомощи важно опираться на наше понимание человеческого поведения. Как показывает этот краткий обзор, есть данные о том, что программы поддержки самопомощи улучшают результаты лечения, однако необходимы дальнейшие исследования, чтобы лучше понять, какие именно компоненты влияют на те или иные исходы, и являются ли улучшения стабильными в отдаленной перспективе. Программы поддержки отличаются по форме и содержанию. Чтобы они удовлетворяли потребностям разных людей, необходима индивидуализация программ поддержки самостоятельного ведения заболеваний.

Хотя поддержка самопомощи признана важным элементом медицинской помощи при хронических заболеваниях, лишь в отдельных странах разрабатываются и внедряются системные стратегии для обеспечения

этого. Как показывают данные межнационального опроса «больных взрослых», проведенного в пяти странах в 2004 г., в Соединенном Королевстве и США значительно меньшее число респондентов, чем в Австралии, Канаде и Новой Зеландии, сообщили, что врач давал им четкие рекомендации о том, что следует делать и за какими симптомами наблюдать (Coulter 2006; Davis et al. 2006). Менее двух третей респондентов сообщили, что врач составил для них план самопомощи на дому; в Германии об этом сообщили всего 37% опрошенных (Coulter 2006). Важно, чтобы руководители здравоохранения, страховые компании и медицинские учреждения создавали системы, позволяющие больным эффективно справляться с самостоятельным ведением собственных заболеваний.

Литература

- ACT Government (2007) *Welcome to Health First*. Canberra: ACT Government. <http://www.healthfirst.net.au/providersearch.ser> (accessed 5 January 2007).
- Ajzen, I. and Fishbein, M. (1980) *Understanding Attitudes and Predicting Social Behaviour*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Ara, S. (2004) A literature review of cardiovascular disease management programs in managed care populations, *J Manag Care Pharm*, 10: 326–44.
- Balas, E.A., Krishna, S., Kretschmer, R.A. et al. (2004) Computerized knowledge management in diabetes care, *Med Care*, 42: 610–21.
- Bandura, A. (1977) *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1997) *Self-efficacy: the Exercise of Control*. New York: W.H. Freeman.
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A. and Hainsworth, J. (2002) Self-management approaches for people with chronic conditions: a review, *Patient Educ Couns*, 48: 177–87.
- Bayliss, E.A., Steiner, J.F., Fernald, D.H., Crane, L.A. and Main, D.S. (2003) Descriptions of barriers to self-care by persons with comorbid chronic diseases, *Ann Fam Med*, 1: 15–21.
- Becker, G., Gates, R.J. and Newsom, E. (2004) Self-care among chronically ill African Americans: culture, health disparities, and health insurance status, *Am J Public Health*, 94: 2066–73.
- Bentzen, N., Christiansen, T. and Pedersen, K.M. (1989) Self-care within a model for demand for medical care, *Soc Sci Med*, 29: 185–93.
- Bergeson, S.C. and Dean, J.D. (2006) A systems approach to patient-centered care, *JAMA*, 20: 2848–51.
- Bourbeau, J., Julien, M., Maltais, F. et al. (2003) Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific self-management intervention, *Arch Intern Med*, 163: 585–91.
- Chodosh, J., Morton, S.C., Mojica, W. et al. (2005) Meta-analysis: chronic disease self-management programs for older adults, *Ann Intern Med*, 143: 427–38.
- Ciechanowski, P.S., Katon, W.J. and Russo, J.E. (2000) Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs, *Arch Intern Med*, 160: 3278–85.
- Clark, N.M., Becker, M.H., Janz, N.K. et al. (1991) Self-management of chronic disease by older adults, *J Aging Health* 3: 3–27.
- Clark, P.C. and Dunbar, S.B. (2003) Family partnership intervention: a guide for a family approach to care of patients with heart failure, *AACN Clin Issues*, 14: 467–76.
- Coleman, M.T. and Newton, K.S. (2005) Supporting self-management in patients with chronic illness, *Am Fam Physician*, 72: 1503–10.
- Coster, S., Gulliford, M.C., Seed, P.T., Powrie, J.K. and Swaminathan, R. (2000)

- Monitoring blood glucose control in diabetes mellitus: a systematic review, *Health Technol Assess*, 4: i–iv, 1–93.
- Coulter, A. (2006) *Engaging Patients in Their Healthcare: How is the UK Doing Relative to Other Countries?* Oxford: Picker Institute.
- Coulter, A. and Ellins, J. (2006) *Quest for Quality and Improved Performance. Patient-focused Interventions. A Review of the Evidence.* Oxford: The Health Foundation, Picker Institute Europe.
- Davis, K., Schoen, C. and Schoenbaum, S.C. (2006) *Mirror, Mirror on the Wall: An Update on the Quality of American Health Care Through the Patient's Lens.* New York: Commonwealth Fund.
- De Vries, H., Dijkstra, M. and Kuhlman, P. (1988) Self-efficacy: the third factor beside attitude and subjective norm as a predictor of behavioural intentions, *Health Educ Res*, 3: 273–82.
- Dean, K. (1989) Conceptual, theoretical and methodological issues in self-care research, *Soc Sci Med*, 29: 117–23.
- Deci, E. and Ryan, R. (1985) *Intrinsic Motivation and Self Determination in Human Behaviour.* New York: Plenum.
- Department of Health (2005) *Self Care: A Real Choice.* London: Department of Health.
- Dijkstra, A. (2005) The validity of the stages of change model in the adoption of the self-management approach in chronic pain, *Clin J Pain*, 21: 27–37; discussion 69–72.
- Dongbo, F., Hua, F., McGowan, P. et al. (2003) Implementation and quantitative evaluation of chronic disease self-management programme in Shanghai, China: randomized controlled trial, *Bull World Health Organ*, 81: 174–81.
- Eales, C.J. and Stewart, A.V. (2001) Health and responsibility: self-efficacy, self-care and self-responsibility, *S Afr J Physiother*, 57: 20–5.
- Farrell, K., Wicks, M.N. and Martin, J.C. (2004) Chronic disease self-management improved with enhanced self-efficacy, *Clin Nurs Res*, 13: 289–308.
- Fishbein, M. and Ajzen, I. (1975) *Belief Attitude, Intention and Behaviour: An Introduction to Theory and Research.* Reading MA: Addison-Wesley.
- Fuller, J., Harvey, P. and Misan, G. (2004) Is client-centred care planning for chronic disease sustainable? Experience from rural South Australia, *Health Soc Care Community*, 12: 318–26.
- Gibson, P.G., Powell, H., Coughlan, J. et al. (2002) Limited (information only) patient education programs for adults with asthma, *Cochrane Database Syst Rev*, 2: CD001005.
- Glasgow, R.E., Hampson, S.E., Strycker, L.A. and Ruggiero, L. (1997) Personal-model beliefs and social-environmental barriers related to diabetes self-management, *Diabetes Care*, 20: 556–61.
- Glasgow, R.E., Toobert, D.J., Hampson, S.E. and Strycker, L.A. (2002) Implementation, generalization and long-term results of the "choosing well" diabetes self-management intervention, *Patient Educ Couns*, 48: 115–22.
- Glasgow, R.E., Davis, C.L., Funnell, M.M. and Beck, A. (2003) Implementing practical interventions to support chronic illness self-management, *Jt Comm J Qual Saf* 29: 563–74.
- Goldberg, H.I., Ralston, J.D., Hirsch, I.B., Hoath, J.I. and Ahmed, K.I. (2003) Using an Internet comanagement module to improve the quality of chronic disease care, *Jt Comm J Qual Saf*, 29: 443–51.
- Goldberg, H.I., Lessler, D.S., Mertens, K., Eytan, T.A. and Cheadle, A.D. (2004) Self-management support in a web-based medical record: a pilot randomized controlled trial, *Jt Comm J Qual Saf*, 30: 629–35, 589.
- Goldstein, M.S. (2004) The persistence and resurgence of medical pluralism, *J Health Polit Policy Law*, 29: 925–45; discussion 1005–19.
- Gustafson, D.H., Hawkins, R.P., Boberg, E.W. et al. (2001) CHESS: ten years of research and development in consumer health informatics for broad populations, including the underserved, *Medinfo*, 10: 1459–563.

- Hargreaves Heap, S., Hollis, M. et al. (1992) *The Theory of Choice. A Critical Guide*. Cambridge: Blackwell.
- Haugh, M.R., Akiyama, H., Tryban, G., Sonoda, K. and Wykle, M. (1991) Self care: Japan and the US compared, *Soc Sci Med*, 33: 1011–22.
- Heijmans, M. (2006) *COPD Patients with Low SES: An Outline*. Utrecht: NIVEL.
- Heijmans, M., Rijken, M., Foets, M. et al. (2004) The stress of being chronically ill: from disease-specific to task-specific aspects, *J Behav Med*, 27: 255–71.
- Hibbard, J.H. and Tusler, M. (2007) Assessing activation stage and employing a "next steps" approach to supporting patient self-management, *J Ambul Care Manage*, 30: 2–8.
- Hibbard, J.H., Mahoney, E.R., Stockard, J. and Tusler, M. (2005) Development and testing of a short form of the patient activation measure, *Health Serv Res*, 40: 1918–30.
- Hobbs, H., Wilson, J.H. and Archie, S. (1999) The Alumni program: redefining continuity of care in psychiatry, *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 37: 23–9.
- Kaiser Permanente (2005) *Behavior Change Counseling Using the Brief Negotiation Method*. Oakland, CA: Regional Health Education, Northern California Region.
- Kane, R.L., Johnson, P.E., Town, R.J. and Butler, M. (2004) Economic incentives for preventive care, *Evid Rep Technol Assess*, Summer: 1–7.
- Kennedy, A., Reeves, D., Bower, P. et al. (2007) The effectiveness and cost effectiveness of a national lay-led self care support programme for patients with long-term conditions: a pragmatic randomised controlled trial, *J Epidemiol Community Health*, 61: 254–61.
- Khan, N.A., McAlister, F.A., Lewanczuk, R.Z. et al. (2005) The 2005 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension: part II: therapy, *Can J Cardiol*, 21: 657–72.
- Koch, T., Jenkin, P. and Kralik, D. (2004) Chronic illness self-management: locating the "self", *J Adv Nurs*, 48: 484–92.
- Lazarus, R.S. and Folkman, S. (1984) *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Leventhal, H., Meyer, D. and Nerenz, D. (1980) The common-sense representations of illness danger, in S. Rachman (eds) *Medical Psychology*, Vol. 2, pp. 7–30. New York: Pergamon.
- Leventhal, H., Nerenz, D.R. and Steele, D.S. (1984) Illness representations and coping with health threats, in A. Baum, S.E. Taylor and J.E. Singer (eds) *Handbook of Psychology and Health*, pp 219–52. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Levine, S., Reyes, J.Y., Schwartz, R. et al. (2006) Disease management of the frail elderly population, *Dis Manag Health Outcomes*, 14: 235–43.
- Lichtenstein, S. and Slovic, P. (2006) The construction of preference: an overview, in S. Lichtenstein and P. Slovic (eds) *The Construction of Preference*, pp. 1–40. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lorig, K. (1993) Self-management of chronic illness: a model for the future, *Generations*, 17: 11–14.
- Lorig, K. and Holman, H. (1993) Arthritis self-management studies: a twelve-year review, *Health Educ Q*, 20: 17–28.
- Lorig, K.R. and Holman, H. (2003) Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms, *Ann Behav Med*, 26: 1–7.
- Lorig, K.R., Sobel, D.S. and Stewart, A.L. (1999) Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing utilization and costs: A randomized trial, *Med Care*, 37: 5–14.
- Lorig, K.R., Sobel, D.S., Ritter, P.L., Laurent, D. and Hobbs, M. (2001) Effect of a self-management program on patients with chronic disease, *Eff Clin Pract*, 4: 256–62.
- Mackay, J. and Mensah, G. (2004) *Atlas of Heart Disease and Stroke*. Geneva: World Health Organization, in collaboration with the Centers for Disease Control and Prevention.
- Marks, R., Allegrante, J.P. and Lorig, K. (2005a) A review and synthesis of research evidence for self-efficacy-enhancing interventions for reducing chronic disability: implications for health education practice, part I, *Health Promot Pract*, 6: 37–43.

- Marks, R., Allegrante, J.P. and Lorig, K. (2005b) A review and synthesis of research evidence for self-efficacy-enhancing interventions for reducing chronic disability: implications for health education practice, part II, *Health Promot Pract*, 6: 148–56.
- McGillion, M., Watt-Watson, J., Kim, J. and Yamada, J. (2004) A systematic review of psychoeducational intervention trials for the management of chronic stable angina, *J Nurs Manag*, 12: 174–82.
- Meeto, D. and Temple, B. (2003) Issues in multi-method research: constructing self-care, *Int J Qualit Meth*, 2: article 1.
- Mill, J.S. and Bentham, J. (1987) *Utilitarianism and Other Essays* (ed. by A. Ryan). Harmondsworth: Penguin.
- Mokkink, L.B., van der Lee, J.H., Grootenhuis, M.A. et al. (2007) *Prevalence and Consequences of Chronic Conditions in Children*. Amsterdam: Academic Medical Centre.
- Moos, R.H. and Schaeffer, J.A. (1984) The crisis of physical illness. An overview and conceptual approach, in R.M. Moss (eds) *Coping with Physical Illness*, Vol. 2: *New Perspectives*, pp. 3–39. New York: Plenum.
- Mulley, A. (2006) *Personal Communication*. Boston, MA: Foundation for Informed Decision Making.
- National Board of Health (2005a) *Patientkoler og gruppebaseret patientundervisning: en litteraturgennemgang med fokus pe metoder og effekter*. Copenhagen: Danish National Board of Health.
- National Board of Health (2005b) *Patient uddannelsesprogrammet: Lær at leve med Kronisk Sygdom*. Copenhagen: Danish National Board of Health.
- Newman, S., Steed, L. and Mulligan, K. (2004) Self-management interventions for chronic illness, *Lancet*, 364: 1523–37.
- National Primary Care Research and Development Centre (2005) *How has the Expert Patients Programme been Delivered and Accepted in the NHS During the Pilot Phase?* Manchester: National Primary Care Research and Development Centre. http://www.npcrdc.ac.uk/Publications/EPP_briefing_paper.pdf (accessed 28 May 2007).
- National Primary Care Research and Development Centre (2007) *Spotlight on Support for Self Care in the NHS*. Manchester: National Primary Care Research and Development Centre.
- NHS Scotland (2005) *National Framework for Service Change in NHS Scotland. Self Care, Carers, Volunteering and the Voluntary Sector: Towards a more Collaborative Approach*. Edinburgh: Scottish Executive Publications.
- Petrie, K.J. and Broadbent, E. (2003) Assessing illness behaviour: what condition is my condition in? *J Psychosom Res*, 54: 415–16.
- Petrie, K.J. and Weinman, J.A. (1997) *Perceptions of Health and Illness*. Amsterdam: Harwood Academic.
- Petrie, K.J., Cameron, L.D., Ellis, C.J., Buick, D. and Weinman, J. (2002) Changing illness perceptions after myocardial infarction: an early intervention randomized controlled trial, *Psychosom Med*, 64: 580–6.
- Prochaska, J.O. and DiClemente, C.C. (1983) Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change, *J Consult Clin Psychol*, 51: 390–5.
- REVESDIAB (2006) <http://www.revediab.asso.fr/> (accessed 17 March 2006).
- Riemsma, R.P., Kirwan, J.R., Taal, E. and Rasker, J.J. (2002) Patient education for adults with rheumatoid arthritis, *Cochrane Database Syst Rev*, 3: CD003688.
- Rijken, M., van Kerkhof, M., Dekker, J. and Schellevis, F. (2005) Comorbidity of chronic disease, *Qual Life Res*, 14: 45–55.
- Rothman, R.L., DeWalt, D.A., Malone, R. et al. (2004) Influence of patient literacy on the effectiveness of a primary care-based diabetes disease management program, *JAMA*, 292: 1711–16.
- Sheldon, K.M., Arndt, J. and Houser-Marko, L. (2003) In search of the organismic valuing process: the human tendency to move towards beneficial goal choices, *J Pers*, 71: 835–69.

- Simon, H. (1957) A behavioral model of rational choice, in (eds) *Models of Man, Social and Rational: Mathematical Essays on Rational Human Behavior in a Social Setting*. New York: Wiley.
- Singh, D. (2005) *Transforming Chronic Care*. Birmingham: University of Birmingham and Surrey and Sussex PCT Alliance.
- Suhl, E. and Bonsignore, P. (2006) Diabetes self-management education for older adults: general principles and practical application, *Diabetes Spectrum* 19: 234–40.
- Tattersall, R.L. (2002) The expert patient: a new approach to chronic disease management for the twenty-first century, *Clin Med*, 2: 227–9.
- Tversky, A. and Kahneman, D. (1974) Judgment under uncertainty: heuristics and biases, *Science*, 185: 1124–31.
- Verhaak, P.F., Heijmans, M.J., Peters, L. and Rijken, M. (2005) Chronic disease and mental disorder, *Soc Sci Med*, 60: 789–97.
- Wagner, E.H., Glasgow, R.E., Davis, C. et al. (2001) Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach, *Jt Comm J Qual Improv*, 27: 63–80.
- Walker, C., Swerissen, H. and Belfrage, J. (2003) Self-management: its place in the management of chronic illness, *Aust Health Rev*, 26: 34–42.
- WHO (1983) *Health Education in Self-care: Possibilities and Limitations. Report of a Scientific Consultation*. Geneva: World Health Organization.
- Young, H.M. (2003) Challenges and solutions for care of frail older adults, *Online J Issues Nurs*, 8: 5.
- Zautra, A.J. (1996) Investigations of the ongoing stressful situations among those with chronic illness, *Am J Community Psychol*, 24: 697–717.

Медицинская помощь при хронических заболеваниях – проблема кадровых ресурсов

Carl-Ardy Dubois, Debbie Singh u Izzat Jiwani

Почему так важны вопросы, связанные с кадровыми ресурсами?

Меняющаяся структура заболеваемости, старение населения, новые ожидания, развитие технологий, а также новые модели медицинской помощи и финансирования ведут к изменениям в порядке оказания медицинских услуг и доступа к ним.

Системы, которые лучше всего отвечают потребностям людей с длительными хроническими заболеваниями, основаны на концепции непрерывности помощи, с проактивным выявлением людей, уже страдающих хроническими заболеваниями или принадлежащих к группам риска, и разработкой программ медицинского обслуживания, использующих целостный подход и адаптированных к индивидуальным нуждам потребителей (Kodner 1993; Epstein and Sherwood 1996; Ouwens et al. 2005). Решающими факторами успешной медицинской помощи при хронических заболеваниях являются изменения в комплектации персонала и кадровых ресурсах.

Кадровые ресурсы в секторах здравоохранения, социального обеспечения и добровольной помощи испытывают растущую нагрузку, связанную с эпидемией хронических заболеваний, и в то же время нехватку рук и возможностей (Pruitt and Epping-Jordan 2005). В таких отраслях как здравоохранение, обладающих большой трудоемкостью, предоставление основных услуг хроническим больным зависит главным образом от наличия надлежащим образом организованного и обученного персонала. Интегрированные системы стремятся привлечь к совместной работе множество работников различного профиля, объединенных в бригады, чтобы обеспечить оказание должной помощи в должное время тем, кому это необходимо (Norris et al. 2003; Singh 2005a).

В других главах этой книги описывается, как важно изменять подходы к

ведению хронических заболеваний, поддерживать самопомощь, применять научно обоснованные методы и инструменты поддержки принятия решений, а также должным образом финансировать изменения. Чтобы всего этого достичь, нужны правильно подобранные люди, осуществляющие медицинскую помощь и руководящие ею. Поэтому кадровые ресурсы играют ведущую роль во всех элементах новых моделей помощи при хронических заболеваниях.

Методы

Несмотря на то, что в последние годы разработке моделей медицинской помощи при хронических заболеваниях уделяется значительное внимание, решающая роль изменений в кадровых ресурсах иногда недооценивается. Вместе с тем повышение качества услуг в здравоохранении и социальной сфере опирается *не только* на перестройку организационных систем, *но и* на кадры, подготовленные и организованные для работы в этих новых системах. Кроме того, перестройка системы медицинской помощи при хронических заболеваниях может принести большую пользу потребителям услуг. Менее ясно, как влияет перестройка системы обслуживания на поставщиков услуг. Данная глава посвящена тому, как повлияют новые модели помощи при хронических заболеваниях на кадровые ресурсы. Опираясь на исследования, проведенные в разных странах, и опубликованную литературу, мы исследуем, как влияют на наемных работников, особенно в здравоохранении, перемены, связанные с новыми системами оказания помощи при хронических заболеваниях. Кроме того, мы обсудим, *как* изменения в характере кадровых ресурсов могут быть превращены в средство повышения качества помощи при хронических заболеваниях.

Информация, на которой основана данная глава, взята из систематического обзора литературы, охватывающего более 30 000 исследований по данной теме из электронных баз данных. Мы также обращались к экспертам в данной области и использовали результаты исследований по медицинской помощи при хронических заболеваниях из разных стран. Методы, использованные в обзоре и исследованиях, проведенных в разных странах, описаны в других публикациях (Singh 2005b), включая сопроводительный том к этой книге (Nolte et al. 2008).

В данной главе термин «кадровые ресурсы» относится ко всем, кто участвует в лечении или уходе за больными, включая профессиональных (платных) работников по уходу, непрофессиональных помощников по уходу и тех, кто сам ухаживает за собой. Основное внимание уделено тому, с какими изменениями на индивидуальном, организационном и системном уровнях могут столкнуться в своей деятельности медицинские сестры, семейные врачи, врачи в больницах, помощники по дому, социальные работники, специалисты по социальному обслуживанию и администраторы. Наш анализ показывает также, что эти изменения должны отражаться в работе с потребителями услуг, членами их семей и непрофессиональными помощниками по уходу, которые составляют важную часть кадровых ресурсов здравоохранения. Более подробно эти аспекты самопомощи рассмотрены в главе 6.

Какие именно изменения в кадровых ресурсах необходимы?

С конца 1980-х гг. во многих странах и регионах разработаны четкие стратегии и схемы, цель которых — перестройка помощи при хронических заболеваниях и усиление внимания к нуждам людей с длительно существующими хроническими состояниями (Sperl-Hillen et al. 2000; Barr et al. 2003; Ministry of Health Planning 2003). Большинство схем, применяемых в развитых странах, в той или иной степени опираются на Модель оказания помощи при хронических заболеваниях (ССМ), разработанную в США (Wagner 1998). Как показано в главе 4, структура системы предоставления услуг является одним из шести основных компонентов ССМ, а кадровые ресурсы составляют важную часть этой системы.

У новых моделей оказания помощи при хронических заболеваниях есть, как минимум, четыре отличительные черты, которые существенно влияют на кадровые ресурсы:

- усиление интеграции и применение междисциплинарных подходов;
- индивидуализированная помощь, ориентированная на потребителя услуг;
- подходы, охватывающие все население;
- упор на повышение качества.

В этом разделе обсуждается, почему эти меняющиеся характеристики моделей ведения хронических заболеваний оказывают значительное влияние на кадровые ресурсы. Далее представлены некоторые аспекты воздействия этих ключевых изменений на структуру кадровых ресурсов, роли, требования к квалификации и условия деятельности.

Изменение 1: усиление интеграции

Меняющиеся модели ведения хронических заболеваний влияют на интеграцию отдельных медицинских работников, бригад и организационных структур.

Кадровые ресурсы в здравоохранении традиционно структурированы в соответствии с моделью неотложной медицинской помощи, сосредоточенной на лечении отдельных эпизодов заболевания. С этой точки зрения медицинская помощь рассматривается как дискретное состояние, происходящее в одном месте и зачастую предполагающее участие единственного поставщика услуг (WHO 2002a). Хронические заболевания создают совершенно иную картину — это носящие постоянный характер, необратимые состояния, которые развиваются постепенно, существуют длительно и могут потребовать долгосрочного контроля, наблюдения и той или иной степени поддержки в разных условиях и с участием разных поставщиков услуг (Nodhturft et al. 2000). Например, больной артериальной гипертонией, у которого произошел тяжелый инсульт, может получить неотложную помощь в больнице, некоторое время находиться в учреждении для реабилитации и посещать поликлинику по месту жительства или длительно получать уход на дому. Кроме того, он может получать практическую под-

держку от социальных служб и добровольных помощников, а также постоянную помощь по месту жительства от медицинских сестер и семейного врача. Он будет пользоваться обширным набором услуг, предоставляемых в течение длительного времени разными типами поставщиков услуг.

Многочисленные данные позволяют предположить, что наиболее эффективные пути оказания помощи людям с длительно существующими состояниями основаны на интегрированных подходах (Wagner et al. 2001; Bodenheimer et al. 2002; McDonald et al. 2002; Neumeier-Gromen et al. 2004). Основной трудностью для персонала при обслуживании больных хроническими заболеваниями является организация перехода потребителей услуг между секторами обслуживания и внутри них (Challis et al. 1995).

Комплексный, систематический процесс оценки, планирования, организации и проверки многочисленных услуг, призванных удовлетворить многообразные и сложные потребности каждого больного, так или иначе включает в себя индивидуальный подход и координацию больных (Kodner 1993). Это подразумевает переход от ориентации на конкретные задачи к интегрированному предоставлению услуг. В свою очередь, это означает, что работники должны обладать более широким кругом навыков и проявлять вдумчивое отношение к работе. Индивидуальный подход к ведению больных касается не только персонала, формально вовлеченного в «ведение больного». Умение устанавливать связи между звеньями системы и применять общесистемный подход становится все более важным для многих работников, занятых обслуживанием больных хроническими заболеваниями, независимо от того, вовлечены они формально в «ведение больного» или нет.

Координация на уровне конкретных случаев тесно переплетается с межпрофессиональной координацией. Поскольку люди часто страдают несколькими хроническими заболеваниями сразу, и поскольку хронические заболевания имеют много аспектов, лечение должно осуществляться различными медицинскими работниками скоординированно. Зачастую медицинскую помощь оказывает бригада, объединяющая работников разного профиля, с разным уровнем навыков, знаний и опыта. С точки зрения изменений в кадровых ресурсах это означает переход от узких профессионалов к профессионалам широкого профиля, а это, в свою очередь, значит, что работники должны уметь работать в команде и взаимодействовать с другими поставщиками услуг, участвующими в ведении сопутствующих состояний.

Эффективная межпрофессиональная координация во многих отношениях опирается на эффективную межведомственную координацию. Оказание помощи людям с множественными хроническими заболеваниями означает переход от модели предоставления услуг, в центре которой находится больница, к модели, предполагающей непрерывность медицинской помощи, осуществляемой различными организациями, включая формальные группы медицинских и социальных работников и ресурсы местных сообществ. Более тесное взаимодействие между этими разными группами может способствовать развитию более эффективных механизмов направления больных к специалистам, облегчить переход между различными услугами и связать между собой медицинских работников на разных уровнях (Von Korff et al. 1997). Персонал, занятый в сфере помощи при хронических заболеваниях, может играть важную роль в этих процессах, а

также в стимулировании и поддержании партнерских связей между различными компонентами системы. Основной сложностью для работников является приспособление к обстановке, в которой традиционные границы между организациями или профессиональными группами стираются, что ведет к появлению новых форм деятельности и предоставления услуг.

В некоторых странах эта тенденция к усилению интеграции находит отражение в создании промежуточных вертикально интегрированных организаций, которые оказывают медицинские услуги в широком диапазоне. Некоторые примеры приведены во вставке 7.1.

Создание организаций, ответственных за планирование, управление и финансирование (посредством прямого предоставления или закупки) полного спектра медицинских услуг для определенной группы населения, связано с рядом крупных изменений в организации труда, включая сдвиг от преимущественно индивидуальных практик к совместной деятельности; повышение роли медицинских сестер; стремление к более гибкому использованию кадровых ресурсов; возникновение новых каналов подотчетности медицинских работников (Bindman et al. 2001; Gillam and Schamroth 2002). Эти изменения означают, что внедрение новых подходов к оказанию помощи при хронических заболеваниях может привести к пересмотру сложившихся границ между профессиями, традиционной организацией бригад и профессиональных навыков (McKee et al. 2006). Эмпирических исследований, посвященных влиянию переопределения ролей на кадровые ресурсы, очень мало, однако имеющиеся сейчас данные говорят о том, что чувства и потребности работников должны учитываться в качестве одного из основных факторов. Например, в одном из исследований, посвященных обучению и подготовке медицинских сестер к работе с хроническими больными на дому, говорится, что медсестры хорошо информированы и усвоили базовые ценности и практические навыки ведения заболеваний, но проявляют крайнюю неуверенность в том, что касается изменения их ролей (Pratt 2006).

Клинические роли медицинских работников традиционно специализи-

Вставка 7.1. Появление интегрированных организаций

В Швеции медицинская помощь при хронических заболеваниях оказывается преимущественно в региональных медицинских центрах силами многопрофильных бригад, состоящих из врачей, медицинских сестер и других работников, находящихся в разных точках. Ведущую роль играют районные медицинские сестры, которым предоставлены некоторые права в области назначения лекарственных средств; во многих случаях именно они являются первой точкой контакта больного с системой здравоохранения. Во многих случаях они проводят первое обследование и направляют потребителя услуг к соответствующим ресурсам медицинской помощи (Glenngerd 2005).

В Англии целью деятельности Фондов первичной помощи и групп на основе практик, занимающихся заказом услуг, является объединение местных поставщиков первичной медицинской помощи, а также социальных услуг под руководством совета, куда входят врачи общей практики, медицинские сестры и другой персонал на уровне местных общин. Фонды первичной помощи осуществляют также госпитализацию больных в острых случаях.

рованы и не предусматривают делегирования задач непрофессионалам. Однако по данным исследований, многие работники здравоохранения, такие как врачи, медицинские сестры и работники смежных профессий, тратят значительную часть времени на выполнение задач, не всегда требующих профессиональной квалификации (Richardson et al. 1998). Учитывая нехватку медицинских работников во многих странах, задачей политики здравоохранения становится передача некоторых задач, выполняемых специалистами более высокой квалификации, менее квалифицированным низкооплачиваемым работникам. Результатом этого вертикального делегирования задач является размывание ролей и профессиональных ценностей (Brown et al. 2000). Например, в некоторых странах социальный работник, входящий в состав бригады по оказанию помощи при хронических заболеваниях, может взять на себя некоторые функции медицинской сестры (например, консультирование).

Частичное перекрытие ролей может происходить также по горизонтали, между профессиями – например, между физиотерапевтами и трудотерапевтами (Booth and Hewiston 2002). Некоторые считают, что перекрытие ролей может угрожать профессиональному самовосприятию (Brown et al. 2000; Booth and Hewiston 2002). Однако, по другим исследованиям, такие услуги, как «промежуточный уровень медицинской помощи», не угрожают ни границам между ролями, ни профессиональному самовосприятию (Nancarrow 2004). Это, в первую очередь, означает, что мы должны признать: структура кадровых ресурсов меняется, допуская делегирование ролей, гибкий подход и соответствующее обучение. При этом крайне важно знать, что думают конкретные работники, и стремиться развеять любые их страхи.

Интеграция влияет также на обучение и подготовку. Чтобы достичь уровня гибкости, необходимого для многопрофильной деятельности, от медицинских работников может потребоваться овладение новыми навыками. Для повышения квалификации медицинских работников испробовано большое число стратегий, включая аудит, обратную связь, системы напоминаний, индивидуальное и групповое обучение, при этом общий вывод таков, что изменение профессиональных навыков требует времени и сил, а единой стратегии успеха не существует (Munro et al. 2002; Smits et al. 2002; Robertson et al. 2003; Lewin et al. 2004; Jamtvedt et al. 2004). Чтобы ускорить перемены, мы должны найти способы выяснить и изменить трудовые установки работников, поскольку лишь воздействуя на установки и ценности, можно добиться устойчивых изменений в поведении, необходимых для перестройки медицинской помощи при хронических заболеваниях.

Изменение 2: ориентация на потребителя услуг

В патерналистской модели, которая преобладает при ведении острых заболеваний, поставщик услуг часто рисуется как стоящий на страже интересов потребителей услуг и наделен правом выбора подходов к лечению (Szasz and Hollender 1956; Emanuel and Emanuel 1992). Однако перестройка моделей помощи при хронических заболеваниях требует нового подхода, чтобы вовлечь потребителей услуг в процесс оказания помощи. Они долж-

ны участвовать в процессе лечения, менять свое поведение и на протяжении длительного времени адаптироваться к последствиям своих заболеваний. Таким образом, потребители услуг неизбежно входят в число тех, кто осуществляет уход, и становятся важнейшей частью кадровых ресурсов, или «кадров» при лечении хронических заболеваний.

Эта ориентация на потребителей услуг не только влияет на самих потребителей (глава 6), но имеет значение и для работников. Новые модели ведения хронических заболеваний смещают процесс принятия решений от патерналистских взаимоотношений больной—врач в сторону (в идеале) модели сознательного выбора и партнерства, которая более чутко откликается на индивидуальные потребности, отводит ведущую роль потребителям услуг и их семьям, учитывает их взгляды и предпочтения в процессе оказания помощи и предлагает поддержку в обучении и психологическую помощь, необходимые для эффективного партнерства (Clark et al. 1995; Laine and Davidoff 1996; Quill and Brody 1996). Таким образом, роль врачей расширяется, включая в себя консультирование потребителей услуг относительно рекомендуемых подходов к ведению заболевания, обучение навыкам медицинской помощи, эмоциональную и психологическую поддержку, помощь в доступе к ресурсам медицинской и социальной помощи и пропаганду здорового образа жизни (Stubblefield and Mutha 2002).

Подход, ориентированный на больного, уводит работников от системы медицинской и социальной помощи, где движущей силой является поставщик услуг, к системе, отражающей взгляды потребителей услуг и сосредоточенной на предоставлении больным индивидуализированной поддержки. Это относится к первичной, вторичной и третичной помощи. Пример такого подхода приведен во вставке 7.2.

Вставка 7.2. Перемены, призванные обеспечить ориентацию на больного

В канадской провинции Квебек программа «Жить с ХОБЛ полноценной жизнью» представляет подход, ориентированный на больного, применительно к ХОБЛ. Цель программы — помочь людям взять на себя большую ответственность за свою болезнь и сохранять оптимальный уровень физической, психологической и умственной активности. Программа развивает способность оценивать свои потребности, определять, как и кем они должны удовлетворяться, и усваивать поведение, которое способно изменить ход заболевания. В рамках программы в специализированных центрах, руководимых многопрофильными бригадами, предлагается ряд вмешательств, в том числе образовательные курсы о заболевании, его симптомах и лечении; врачебное наблюдение по телефону; индивидуальное консультирование. Рандомизированное исследование показало, что программа помогла уменьшить число госпитализаций и обращений в отделения неотложной помощи, а кроме того, содействовала более рациональному потреблению услуг первичной помощи (Bourbeau et al. 2003). Это лишь один из многих примеров, подтвержденных данными исследований, демонстрирующих преимущества, которых можно достичь, если рассматривать потребителей услуг как неотъемлемую составную часть кадровых ресурсов, занятых в ведении хронических заболеваний (Lorig et al. 1999; Osman et al. 2002; Bourbeau et al. 2003; Chiang et al. 2004).

Изменение 3: подход, охватывающий все население

Для нового поколения моделей помощи при хронических заболеваниях, таких схем как Расширенная модель оказания помощи при хронических заболеваниях и Новый подход к оказанию помощи при хронических состояниях, характерен подход к лечению, который не строится исключительно на ведении заболевания, а вместо этого уделяет внимание многим факторам, влияющим на состояние здоровья в широком смысле (Glasgow et al. 2001; WHO 2002a; Barr et al. 2003). Эти новейшие модели предусматривают создание комплексной системы координированных вмешательств, которая объединяет первичный, вторичный и третичный уровни помощи и выходит за рамки системы здравоохранения, охватывая такие вопросы, как укрепление здоровья населения, профилактика, массовые обследования и раннее выявление заболеваний, диагностика, ведение выявленных заболеваний, реабилитация и паллиативное лечение.

Подобный взгляд с точки зрения населения в целом не отвлекает внимания от потребностей отдельного человека и, в сущности, дополняет подход, ориентированный на больного. Этот подход подчеркивает внимание к конкретным потребностям и предпочтениям людей при выработке стратегии лечения. Подход, охватывающий все население, охватывает весь диапазон услуг, учитывая широкий спектр взаимосвязанных факторов (социально-экономический статус, жилищные условия, материальное окружение, образ жизни), влияющих на здоровье.

Этот компонент ведения хронических заболеваний также имеет значение для кадровых ресурсов. Подход, охватывающий все население, переориентирует работников с оказания помощи отдельному человеку, нуждающемуся в лечении, на планирование и предоставление помощи определенным группам населения и на обеспечение того, чтобы эффективные вмешательства охватывали всех, кто в них нуждается. Для решения этой задачи медицинские работники должны освоить новые роли и продемонстрировать способность работать с целыми группами населения, оценивать их потребности, связанные со здоровьем, а также планировать и осуществлять соответствующие вмешательства в области медицинской и социальной помощи.

Все это имеет значение и для расстановки работников вне традиционных рамок формальных учреждений медицинской или социальной помощи. Например, модель помощи, направленной на все население, может требовать, чтобы работник, ранее занятый в учреждениях «первичной» или «вторичной» помощи, работал бы по месту жительства больных, в секторе социальной помощи или секторе добровольной помощи, чтобы удовлетворять нужды определенных групп населения. Это подразумевает также, что организации по месту жительства должны быть укомплектованы квалифицированным персоналом, способным восполнить те пробелы в обслуживании, которые не охватываются официальными организациями, что позволит им играть полноценную роль в профилактике и ведении хронических заболеваний.

Сдвиг в сторону помощи, охватывающей все население, привел к появлению новых ролей для медицинских работников в ряде стран (вставка 7.3).

Вставка 7.3. Появление новых ролей в сфере ведения хронических заболеваний

В Англии участковые патронажные медицинские сестры используют стратегии оценки риска на уровне всего населения, чтобы выявить больных со сложными потребностями или тех, кто подвержен наибольшему риску госпитализации. Участковые патронажные сестры дают рекомендации, проводят инструктаж и предоставляют расширенный спектр услуг по уходу и поддержке амбулаторно и на дому у больных. Эта новая роль занимает центральное место в государственной политике поддержки людей с длительно существующими состояниями; в марте 2007 г. насчитывалось 3000 таких сестер. Несмотря на то, что деятельность патронажных сестер в разных регионах строится по-разному, она имеет ряд общих черт. Эта деятельность базируется на первичной помощи и направлена на координацию первичной и вторичной помощи с социальным обеспечением. Участковые патронажные сестры в основном набираются из числа медицинских сестер, работающих в сфере первичной помощи, поэтому перехода персонала из сектора специализированной медицинской помощи почти нет. Большинство участковых патронажных сестер проходят углубленное клиническое обучение и курс ведения заболеваний в университетах либо частных медицинских учреждениях. Разработаны общенациональные квалификационные требования и инструкции по организации обучения. Участковые патронажные сестры используют стандартизированные методы оценки риска для выявления людей, которым может принести пользу поддержка, и для тщательной начальной и последующей оценки. Все больше участковых патронажных сестер работают вместе с фармацевтами для наблюдения за медикаментозной терапией. Ведущими компонентами этой модели являются:

- выделение тех, у кого высок риск госпитализации, или тех, кто часто пользуется медицинскими услугами;
- использование клинических информационных систем для выявления тех, кто относится к группам высокого риска; упрощение моделей получения помощи (один человек отвечает за координацию всех других услуг);
- поддержка самопомощи и индивидуального планирования помощи; постоянное ведение заболевания, часто в течение длительного времени.

В ряде районов оценивается влияние патронажных сестер на количество госпитализаций. Первые данные носят противоречивый характер. В некоторых районах участковые патронажные сестры не повлияли на общее число госпитализаций, в других районах о госпитализациях ничего не говорится. По-видимому, участковые патронажные сестры достигают наибольшего успеха там, где их деятельность является частью более широкой программы ведения хронических заболеваний и интегрирована с другими видами услуг.

Аналогичные подходы разработаны и в других странах, например, в Канаде, где введены стимулы для семейных врачей и семейных практиков, направленные на увеличение масштаба вмешательств и предоставление комплексного набора услуг определенным группам населения с хроническими заболеваниями. Во многих случаях предусматривается дополнительное финансирование деятельности, связанной с профилактикой, ранней диагностикой и эффективным лечением при хронических заболеваниях (College of Family Physicians of Canada 2004).

Изменение 4: упор на повышение качества

Стремление к повышению качества в новых моделях помощи при хронических заболеваниях имеет значение и для работников. Постоянное повышение качества с упором на безопасность больного особенно существенно при обслуживании хронических больных. Врачебные ошибки и другие упущения в области безопасности сильнее всего могут повредить людям, страдающим тяжелыми и прогрессирующими хроническими заболеваниями. Хронические больные, являющиеся активными потребителями медицинских услуг и лекарственных средств, находятся в более тесном контакте с системой здравоохранения и, следовательно, подвергаются более высокому риску стать жертвами недочетов системы или врачебных ошибок (Corcoran 1997; Kohn et al. 2000). Для хронических больных с плохим здоровьем, сопутствующими заболеваниями и множественными функциональными и физическими ограничениями последствия ошибок могут быть более тяжелыми, поскольку часто они не могут оградить себя от риска, преодолеть неблагоприятные последствия им труднее (Lynn and Schuster 2000). Кроме того, сложность лечения и степень сотрудничества, необходимая для удовлетворения потребностей людей с хроническими заболеваниями, означают, что неправильные системные решения и связанные с ними ошибки могут быть более масштабными (Institute of Medicine 2001; Wunderlich and Kohler 2001).

Повышение безопасности и качества — неотъемлемая составная часть предпринимаемых в последние годы усилий, направленных на оптимизацию помощи людям с хроническими состояниями и на обеспечение получения ими лечения, основанного на принципах доказательной медицины. Однако достижение этих целей зависит от умения изменить окружение, в котором действуют медицинские работники, с тем, чтобы содействовать внедрению культуры безопасности медицинского обслуживания, поощрять открытый и систематический разбор ошибок и вознаграждать поведение, направленное на повышение качества, на индивидуальном и организационном уровне. Ранее медицинские работники не поощрялись за выявление недостатков или предложения по совершенствованию обслуживания. Таким образом, это — переход к изучению системы как целого; он создает возможности для накопления опыта и обмена им, что принесет пользу как отдельным людям, так и системе в целом, и может потребовать серьезных сдвигов в организационной и профессиональной культуре, а также в индивидуальной практике.

Значительная часть нынешних дискуссий, посвященных тому, как подготовить медицинских работников к новым моделям оказания помощи, сосредоточена на клинических навыках и способности медицинских работников развивать новые формы взаимоотношений со своими клиентами. И все же, хотя необходимость развития новых умений и навыков, безусловно, важна, необходимости развития организационных способностей часто не уделяется должного внимания. Важно развивать навыки руководства и менять навыки управления на всех уровнях систем здравоохранения и социального обеспечения для внедрения новых моделей помощи. Десятилетиями врачи и ученые разрабатывали и проверяли новые методы оказания помощи при хронических заболеваниях; получены обширные данные о том, как лучше организовать обслуживание, чтобы повысить ка-

чество помощи и улучшить впечатления потребителей услуг (Bodenheimer et al. 2002; Zwar et al. 2006). Однако эти перемены связаны со значительными организационными и системными изменениями, что требует полной заинтересованности работников. Мотивированный персонал — главное орудие, способствующее изменениям в системе и их адаптации к индивидуальным условиям. Тем самым подчеркивается важность формирования гибких, готовых к новшествам и способных к адаптации кадровых ресурсов, работников, которые будут не только способны принять необходимость перемен, но и готовы начать их, руководить ими и использовать их результаты в повседневной практике. Как лучше всего добиться этих перемен и заинтересованности у работников, пока трудно дать однозначный ответ.

Влияние на кадровые ресурсы

Краткий очерк четырех основных направлений, в которых новые модели оказания помощи при хронических заболеваниях побуждают работников меняться, демонстрирует, что весь этот процесс пронизывают сложности, связанные с кадровыми ресурсами. Кадровые ресурсы — важнейшее звено в порядке оказания помощи при хронических заболеваниях, и им необходимо уделять должное внимание, если мы хотим добиться изменений в системе медицинского обслуживания при хронических заболеваниях. Вместе с тем, влиянию новых моделей организации медицинского обслуживания хронических больных на кадровые ресурсы или широкому кругу изменений в рабочей силе, необходимых, чтобы не отставать от новых процессов в области оказания помощи, в исследованиях почти не уделяется внимания. В этом разделе мы анализируем некоторые политические рычаги, которые могут оптимизировать деятельность персонала в ведении хронических заболеваний, и возможное влияние этих рычагов на кадровые ресурсы. Рассматриваемые нами аспекты включают в себя концепцию совокупности кадровых ресурсов, изменение ролей, развитие общих навыков и изменение условий деятельности.

Аспект воздействия 1: концепция совокупности кадровых ресурсов

Хотя за последние годы число профессий, относящихся к секторам здравоохранения и социального обеспечения, возросло, официально эти секторы признают лишь небольшую часть возможных человеческих ресурсов. Часто неформальным и непрофессиональным помощникам по уходу за больными и тем, кто занимается самопомощью, не уделяется должного внимания. Такой узкий взгляд находится в резком противоречии с условиями оказания помощи при хронических заболеваниях.

Потребности больных хроническими заболеваниями могут колебаться от небольшой помощи в личных делах до практически всеобъемлющего ежедневного ухода. Соответствующие вмешательства предлагаются в различных условиях (больницы, реабилитационные центры, дома престарелых и инвалидов, семейные практики, а также непосредственно на дому у

больных) и охватывают широкий спектр мероприятий, включая укрепление здоровья, оказание неотложной помощи, реабилитацию и социально-психологическую поддержку. Если обслуживание людей с хроническими состояниями должно стать ориентированным на больного, охватывающим все население и интегрированным, то политика, связанная с кадровыми ресурсами, не может ограничиваться только профессиональными поставщиками медицинских услуг. Необходим более широкий подход к понятию кадровых ресурсов, учитывающий весь спектр лиц, участвующих в процессе оказания помощи, начиная с тех, кто стремится поддерживать собственное здоровье, и кончая теми, кто ухаживает за хроническими больными и инвалидизированными родственниками, и теми, кто оказывает услуги в специализированных учреждениях или на профессиональной основе (Pong et al. 1995; WHO 2006). Кроме того, концепция совокупности кадровых ресурсов согласуется с задачей обеспечения непрерывности лечения, которая предполагает возможность мобилизации широкого круга лиц, осуществляющих уход или предоставляющих помощь в различное время.

Кадровые ресурсы, занятые в оказании помощи при хронических заболеваниях, можно разделить на специалистов и вспомогательный персонал; наемных и независимых работников; оплачиваемых работников и добровольцев; а также на множество профессиональных или отраслевых групп. Целесообразнее, однако, делить кадровые ресурсы на три основные категории: профессиональные работники, оказывающие помощь, непрофессиональные помощники по уходу и те, кто сам ухаживает за собой.

Профессиональные работники, оказывающие помощь, — это те, кому платят за оказываемые ими услуги; к их числу относятся медицинские сестры, врачи, социальные работники, фармацевты, трудотерапевты и диетологи. Для многих этих профессий закон требует разрешения на трудовую деятельность посредством лицензирования, сертификации и регистрации. Вместе с тем в данную группу работников входят как высококвалифицированные специалисты, так и работники, прошедшие минимальное обучение. Неспециалисты, предоставляющие большинство услуг по личному уходу, например, помощь при приеме пищи, купании, другие формы поддержки, вносят значительный вклад в обслуживание и оказывают большое влияние на качество жизни больных с длительно существующими состояниями. Государственные и частные организации по уходу на дому также нанимают работников, которые служат кадровым ресурсом в обслуживании хронических больных. Они могут быть работниками здравоохранения (медицинские сестры, социальные работники, помощники по личному уходу за больным) или «менее обученным» вспомогательным персоналом. Помимо этих работников, непосредственно занятых в обслуживании больных, в число профессиональных работников входят также: административный аппарат, те, кто готовит пищу, и уборщики, играющие важную вспомогательную роль в уходе за хроническими больными. Отнесение всех этих работников в одну категорию может помочь преодолеть разграничения на профессиональные области и секторы, которые мешают обеспечить высокое качество помощи. Это уберет барьеры между первичной и вторичной помощью и подчеркнет, что изменение важно для всех секторов, а не только для одной области медицинской помощи.

Хотя обсуждая помощь при хронических заболеваниях, иногда подчеркивают роль профессиональных работников по уходу, есть данные, что основная часть помощи людям с длительно существующими состояниями оказывается неоплачиваемыми, непрофессиональными помощниками по уходу, в число которых входят члены семьи, соседи, друзья и волонтеры из религиозных и общественных организаций (Wunderlich and Kohler 2001; Hussein and Manthorpe 2005). Устойчивость официальной системы медицинской и социальной помощи в определенной степени зависит от участия этих неофициальных помощников, поскольку без них ресурсов для удовлетворения потребностей в медицинской и социальной помощи будет недостаточно.

Все чаще признается также важность поставщиков самопомощи (Lorig and Holman 1989; Barlow et al. 1999; глава 6). Поведение больного (режим питания, физическая активность, отказ от курения и потребления алкоголя) играет ключевую роль в прогрессировании многих хронических заболеваний, таких как сердечно-сосудистые заболевания, злокачественные опухоли и сахарный диабет. Поэтому потребители услуг играют важную роль в поддержании собственного здоровья. Растущий объем данных позволяет сделать вывод, что при соответствующем обучении и поддержке, большинство людей с такими заболеваниями, как сахарный диабет, артериальная гипертензия, бронхиальная астма и артрит, могут выполнять многие задачи, которые раньше считались относящимися исключительно к сфере деятельности профессиональных работников в условиях лечебных учреждений (Pong et al. 1995; Lorig et al. 1999; Astin et al. 2002; Gibson et al. 2003; Coulter and Ellins 2006). Многие виды лечения и наблюдения, такие как самообследование (измерение артериального давления, измерение уровня глюкозы крови при сахарном диабете), физиотерапия при артрите, инъекции фактора свертываемости крови VIII при гемофилии, длительный амбулаторный перитонеальный диализ, безопасно и эффективно проводятся самими потребителями услуг (Kobayashi et al. 1990; McDonald et al. 1995).

Помимо самопомощи, больные с длительно существующими состояниями могут также оказывать поддержку людям с аналогичными состояниями или действовать как непрофессиональные помощники других хронических больных. Есть эмпирические данные о том, что непрофессиональные работники могут играть существенную роль в поддержке людей с хроническими заболеваниями или нуждающихся в паллиативном лечении (Department of Health 2001; Barlow et al. 2005). Все больше данных также о ценном вкладе, который непрофессиональные работники могут внести в качестве членов бригады, проводящей лечение, в бедных слоях населения (Whitmer et al. 1995; Corkery et al. 1997).

Пока мало данных о том, влияет ли привлечение непрофессиональных или общественных работников на взгляды и обязанности профессионалов. Вполне возможно, что профессионалы могут посчитать это «вызовом» со стороны непрофессионалов или больных, оказывающих помощь самим себе, или беспокоиться о качестве помощи.

Мало данных и о том, как люди с длительно существующими состояниями воспринимают свою роль в работе лечащей бригады. Есть данные о ценности самопомощи и поддержки со стороны больных сходными заболеваниями, а также о том, что люди с длительно существующими состоя-

ниями иногда стремятся к этим ролям (Hainsworth and Barlow 2001; Struthers et al. 2003). Меньше известно о том, как потребители услуг расценивают собственную позицию относительно профессиональных медицинских работников, или о сложностях и препятствиях, стоящих перед ними.

Осознание особой важности непрофессиональных помощников и больных, оказывающих помощь самим себе, приводит к вопросу о том, каким образом помочь им оптимизировать их вклад. Особенно важны знания и навыки членов общины, а также способы поддержки людей в удовлетворении их потребностей в области здоровья. С этим связан вопрос о том, как профессиональные работники, непрофессиональные помощники и сами больные, осуществляющие самопомощь, могут наилучшим образом дополнять друг друга. Чтобы добиться интегрированного обслуживания при хронических заболеваниях, нужно уделять больше внимания координации всех профессиональных, непрофессиональных и неофициальных ресурсов, поддерживая связь и сотрудничество между ними. Профессиональные работники по уходу, как правило, обученные работать в условиях учреждений, должны лучше представлять себе деятельность служб социального обеспечения и здравоохранения, ориентироваться в услугах, оказываемых на уровне общины или добровольных организаций, и быть готовыми работать в различных условиях, в том числе по месту жительства больного.

Концепция совокупности кадровых ресурсов имеет ряд последствий для разработки кадровой политики. Меры по повышению качества помощи при хронических заболеваниях выиграют от эффективной мобилизации всех видов кадровых ресурсов. Выйдя за традиционные границы и учитывая весь спектр кадровых ресурсов, система здравоохранения и социального обеспечения может повысить качество помощи хронически больным людям, восполнить пробелы в обслуживании и избежать дублирования деятельности.

И наконец, нехватка кадров в здравоохранении привлекла внимание тех, кто планирует и разрабатывает политику здравоохранения, поэтому любая устойчивая схема помощи при хронических заболеваниях должна учитывать социально-экономические изменения, которые могут представлять угрозу для непрофессиональных помощников по уходу за больными. Изменения в структуре семьи, повышение вклада женщин в рабочую силу и все более неблагоприятное соотношение, создаваемое снижением рождаемости и ростом продолжительности жизни — факторы, которые могут ограничить доступность непрофессиональной помощи в будущем (Brodsky et al. 2000; WHO 2002b).

Аспект воздействия 2: изменение ролей

ВОЗ отмечает нехватку кадровых ресурсов здравоохранения по всему миру, особенно это касается врачей и медицинских сестер. Это наиболее выражено в бедных странах, но индустриально развитые страны, такие как Австралия, Канада и США, также испытывают подобную нехватку. Эта нехватка кадровых ресурсов сказывается на порядке ведения больных с длительно существующими состояниями (Australian Medical Workforce Advisory Committee 2005; Productivity Commission 2005). В одном исследо-

вании найдено, что 3,5 ч из каждого рабочего дня семейного врача приходится на ведение больных с 10 основными хроническими заболеваниями, даже при условии, что состояние больных стабильно и заболевание находится под контролем. Если заболевание требует интенсивного лечения, это время увеличивалось втрое (Ostbye et al. 2005). В ходе исследования был разработан ряд методов, цель которых – справиться с нехваткой персонала, в том числе изменение ролей. Этот процесс можно разбить на два основных типа действий: перераспределение существующих ролей и создание новых типов поставщиков услуг.

Перераспределение существующих ролей

Правительства и профессиональные организации определяют сферу практической деятельности для большинства медицинских специалистов. Иногда регулирующие положения могут служить помехой для положительных изменений, внедрения новшеств и эффективного использования специалистов. Во Франции роль каждого работника сферы здравоохранения определяется парламентским законом. В Нидерландах специальная регулирующая организация МОВГ занимается сертификацией (новых) дисциплин и программ обучения. Группы, представляющие профессиональные интересы, могут также отстаивать свои позиции, влияя на результаты и решения, связанные с новыми дисциплинами.

Однако перераспределение ролей или сферы практической деятельности конкретных работников здравоохранения – стратегия, которая позволяет лучше использовать все более многообразные кадровые ресурсы и добиться нужного количества нужных типов работников и их надлежащего сочетания. Эти изменения профессиональных границ можно разделить на четыре категории: улучшение, замена, передача полномочий и инновации (Sibbald et al. 2004; McKee et al. 2006).

В наибольшей степени эти изменения касаются медицинских сестер. В ряде стран медицинские сестры получили возможность взять на себя значительно более широкий круг клинических ролей и выполнять функции, раньше принадлежавшие только врачам (Frich 2003; Loveman et al. 2003). Чаще всего расширение функций медицинских сестер включает в себя поддержку специализированных сестер первичной и вторичной помощи, амбулаторные клиники первичной или специализированной помощи под руководством медицинских сестер и амбулаторное последующее наблюдение, осуществляемое медицинскими сестрами первичной или специализированной помощи (Singh 2005a). Например, в Соединенном Королевстве медицинские сестры, специализирующиеся на помощи людям с определенными заболеваниями (например, сахарный диабет или бронхиальная астма), в повседневной деятельности заменяют врачей общей практики – ведут амбулаторный прием для наблюдения и обучения больных или занимаются выездной и образовательной деятельностью, направленной на повышение квалификации других медицинских и социальных работников (Griffiths et al. 2004). В Скандинавии сестры-анестезиологи играют важную роль в обследовании при хронической боли и ведении больных с послеоперационной болью (Moote 1993; Stromberg et al. 2001). Во вставке 7.4 приведен другой пример из Канады.

Все больше данных указывает на то, что такое перераспределение ролей может улучшить результаты лечения. В нескольких систематических об-

Вставка 7.4. Организации первичной медицинской помощи в Канаде

С помощью федерального финансирования многие организации первичной помощи системы здравоохранения Capital Health региона Эдмонтон, Канада, приняли на работу медицинских работников смежных специальностей. Состав таких работников зависит от нужд конкретного региона и может включать медицинских сестер (высшей квалификации), диетологов, консультантов по вопросам психического здоровья, фармацевтов и трудотерапевтов. Во многих организациях первичной помощи врачи-терапевты работают в головных практиках, передавая ряд клинических ролей работникам смежных специальностей, которые могут выполнить эту часть работы. Например, такой работник может быть закреплен за больным сахарным диабетом — он обеспечивает обучение, планирование помощи, последующее наблюдение, осмотр стоп и глаз, направления к специалистам. Все медицинские работники смежных специальностей проходят необходимое обучение для совершенствования своих навыков.

взорах найдено, что медицинские сестры первичной помощи с расширенным диапазоном ролей способны обеспечить тот же спектр услуг, который обычно оказывают семейные врачи, с той оговоркой, что в большинстве исследований выборка медицинских работников обычно невелика, а отдаленные результаты рассматривались редко (Brown and Grimes 1995; Horrocks et al. 2002). Есть данные, что медицинские сестры, специализирующиеся на определенном длительно существующем заболевании, как в больницах, так и по месту жительства, могут способствовать улучшению здоровья больных и сократить использование ими услуг здравоохранения (Griffiths et al. 2004; Smith et al. 2004; Singh 2005b). Для амбулаторных клиник под руководством специализированных медицинских сестер характерна также более высокая удовлетворенность больных и лучшие клинические результаты (Vrijhoef et al. 2000; Connor et al. 2002; Stromberg et al. 2003; Singh 2005a). Во вставке 7.5 приведен пример Швеции (см. также главу 4).

Вставка 7.5. Новые роли медицинских сестер в Швеции

Швеция является одной из ведущих европейских стран в области обучения и диспансерного наблюдения больных под руководством медицинских сестер. Между 1990 и 1998 гг. амбулаторные отделения по лечению сердечной недостаточности под руководством медицинских сестер были открыты в двух третях всех шведских больниц (Stromberg et al. 2001). Наблюдение в этих отделениях, с обучением, грамотным лечением и социальной поддержкой, повысило выживаемость, укрепило самопомощь и снизило необходимость лечения в стационаре (Cline 2002; Stromberg et al. 2003). Однако эти изменения в сфере деятельности являются частью общего процесса реорганизации медицинской помощи, а не просто заменой одной группы персонала на другую. Часть данных поддерживает этот вид деятельности, но есть и исследования, согласно которым более интенсивное использование менее квалифицированного персонала эффективно не всегда, поэтому нужна осторожность, чтобы убедиться, что эти изменения отвечают потребностям больных, а не краткосрочным стратегиям по сокращению затрат.

Этот процесс расширения функций не ограничен лишь медицинскими сестрами. Изменения, связанные с лечением хронических заболеваний, дают возможность и многим другим профессиям (например, фармацевтам и социальным работникам) освоить новые роли в оказании помощи. Например, новый контракт для фармацевтов, принятый в Англии и Уэльсе в 2004 г., дает им возможность расширить свою роль при ведении хронических заболеваний — они могут выдавать повторные рецепты, проверять режим медикаментозной терапии и его соблюдение, помогать в отказе от курения. Однако лишь в нескольких исследованиях изучалось, что значат эти изменения для самих медицинских работников — как для работников с переопределенными ролями, так и для их коллег, работающих рядом.

Еще одна сложность — одновременно с движением в сторону большей гибкости ролей существует равное давление в противоположную сторону — в сторону специализации, что отражается в организации интегрированной помощи по диагностическим группам. Это оправдывается тем, что люди, обладающие специализированными навыками, могут обеспечивать лучшее лечение, чем врачи общей практики. Но, хотя специализированное обслуживание может повысить согласованность лечения для некоторых потребителей, при удовлетворении большого объема потребностей хронических больных согласованность помощи представляет очень трудную задачу, поскольку у очень многих людей (особенно пожилых) имеется несколько заболеваний. Многие люди с несколькими заболеваниями с трудом встраиваются в интегрированные системы, рассчитанные на отдельные заболевания; им будет лучше, если их станут обслуживать медицинские работники общего профиля. Эта напряженность между узкими специалистами и врачами общей практики нуждается в дальнейшем изучении при развитии и внедрении новых моделей помощи при хронических заболеваниях.

Создание новых типов поставщиков услуг

Расширение спектра специальностей — это не просто перераспределение существующих ролей, поскольку требует появления поставщиков услуг, владеющих новыми навыками. Традиционные профессиональные роли не всегда удовлетворяют потребностям людей с хроническими заболеваниями. Поэтому сфера помощи при хронических заболеваниях является экспериментальным полигоном для целого ряда новых типов поставщиков медицинских услуг. В ряде стран для поддержки такой деятельности, как последующее наблюдение после выписки из больницы, реабилитация для людей с ХОБЛ, наблюдение и соблюдение режима лекарственной терапии, обучение больных и направление к нужным специалистам, введена должность патронажных медицинских сестер. Во многих секторах как часть новшеств в области ведения хронических заболеваний введена должность кураторов, координирующих обслуживание людей с длительно существующими состояниями либо сложными социальными и медицинскими потребностями. Такие кураторы берут на себя ряд функций, включая оценку потребностей больных, разработку планов лечения, помощь в получении соответствующего лечения, наблюдение за его качеством и поддержание контакта с больным и его семьей.

Прежнее законодательство иногда было сосредоточено на областях деятельности для отдельных специальностей. Новые инициативы по пере-

стройке кадровых ресурсов опираются на новый тип работников, обладающих широким спектром умений и навыков и обученных выполнять процедуры и функции, охватывающие несколько дисциплин. Например, в Англии в 2005 г. Министерство здравоохранения проводило консультации о возможности создать должность специалиста в области медицинской помощи, или помощника врача, так называемого «нового специалиста здравоохранения», который, не будучи врачом, мог бы работать в рамках медицинской модели и обладать определенным отношением, навыками и знаниями для предоставления целостного ухода и лечения в составе бригады общей медицинской помощи или бригады общей практики.

При медицинском обслуживании лиц, страдающих хроническими заболеваниями, есть возможность использовать медицинских работников общего профиля с определенным набором родственных навыков (сестринский уход, физиотерапия, ограниченное назначение лекарственных средств) в тесном сотрудничестве с другими членами бригад по оказанию медицинской и социальной помощи (Brooks 2003). Применение новых технологий, таких как телемедицина, также требует большей гибкости в профессиональной деятельности и увеличения числа ролей, требующих множественных навыков (Piette et al. 1999; Montani et al. 2001; Montori et al. 2004).

На сегодняшний день качество помощи, оказываемой многопрофильными работниками, подробно и систематически не изучалось. Не оценивалось и влияние таких изменений на самих медицинских работников. Пусть даже «многопрофильность» совместима с другими моделями оказания помощи, есть ряд вопросов, касающихся ее применения, на которые надо ответить. Существуют различные преграды, такие как сопротивление и опасения по поводу вторжения в свою сферу деятельности со стороны специалистов в затронутых областях здравоохранения, а также практические ограничения, связанные с выдачей разрешений и сферой ответственности.

Особенно важны дискуссии о риске «депрофессионализации». Несмотря на данные о том, что медицинские сестры при некоторых обстоятельствах достигают таких же хороших результатов лечения, как и врачи, и что удовлетворенность больных лечением под руководством медицинских сестер, как правило, высока (Kinnersley et al. 2000; Horrocks et al. 2002), некоторые врачи с большой неохотой поручают или передают свои традиционные обязанности сестрам или другим медицинским работникам, видя в этом «депрофессионализацию» своей профессии.

Проведенное в Канаде исследование показало, что врачи, которым платят по объему оказанных услуг, считают, что сотрудничество с медицинскими сестрами, имеющими право на самостоятельную практику, поглощает много времени, и воспринимают это как обесценивание своей профессии (Centre for Nursing Studies and Institute for the Advancement of Public Policy 2001). Один совместный проект провалился, поскольку отказались работать с практикующими медицинскими сестрами. В этом случае медицинское сообщество и врачи, которые были против самостоятельно работающих медицинских сестер, говорили, что обязанности медицинских сестер вторгаются в традиционную сферу деятельности врачей (Canadian Health Services Research Foundation 2001). Аналогично, в провинции Бри-

танская Колумбия опрошенные врачи ощущали конкуренцию со стороны самостоятельно работающих медицинских сестер (Schreiber et al. 2003).

Еще один вид «потери квалификации», как иногда считают, является результатом стремления к экономической эффективности. В этом контексте «потеря квалификации» относится к использованию меньшего количества обученного персонала (Baumann and Silverman 1998) или работников здравоохранения с ненормированными функциями для выполнения работ, требующих профессиональных навыков (WHO 2002c; Enhancing Interdisciplinary Collaboration in Primary Healthcare Initiative 2005). Использование неквалифицированного персонала как замены квалифицированным медицинским сестрам стало популярным в 1990-е гг., особенно в Северной Америке, в целях сдерживания расходов. В таких областях, как длительный уход, неквалифицированные помощники медицинских сестер, ассистенты или вспомогательный персонал часто выполняют задачи, ранее относившиеся к ведению квалифицированных работников, например, медицинских сестер. Медицинским сестрам в такой ситуации иногда кажется, что их навыки обесцениваются (Edwards 1997). Другие авторы считают, что неквалифицированные работники увеличивают косвенные издержки за счет меньших навыков, прогулов и высокого уровня текучести кадров (Orne et al. 1998). Сведения по влиянию квалифицированного персонала на качество и эффективность медицинской помощи (за счет снижения числа прогулов и ошибок) при ведении хронических заболеваний противоречивы (Sibbald et al. 2004), но есть четкие данные о том, что снижение числа зарегистрированных медицинских сестер отрицательно сказывается на качестве лечения в секторе неотложной помощи (Aiken et al. 2002).

Аспект воздействия 3: развитие общих навыков

Новые стратегии ведения хронических заболеваний говорят об изменениях в отношениях между потребителем и поставщиком услуг, а также в условиях оказания услуг, типах работников, участвующих в оказании помощи, и направленности на осуществление изменений. Такие изменения требуют, для обеспечения устойчивых сдвигов, новых умений и навыков у персонала. Хотя имеющиеся знания и навыки по-прежнему важны, переход от острых заболеваний к хроническим выдвигает новые требования к медицинским и социальным работниками. Помимо умений, облегчающих постановку диагноза и лечение острых заболеваний и травм, новые модели ведения хронических заболеваний требуют от персонала дополнительных базовых навыков.

ВОЗ полагает, что базовый набор общих навыков для оказания помощи людям с длительно существующими состояниями включает знания и умения, которые выходят за рамки отдельных специальностей и необходимы для всех работников здравоохранения (WHO 2005). Важными представляются следующие факторы:

- Медицинская помощь, ориентированная на больного, требует от всех работников выработки коммуникационных навыков, взгляда на вещи с точки зрения потребителей услуг, обеспечения обучения и предоставле-

ния информации, вовлечения потребителей услуг во все аспекты принятия решений, а также мотивирования людей на самопомощь и обучение ей.

- Чтобы справиться с многообразными изменениями в ведении хронических заболеваний, работники должны быть способны создать и поддерживать эффективное партнерство со всеми людьми, осуществляющими уход, которые работают на разных уровнях системы: больными и их родственниками, непрофессиональными поставщиками услуг, профессиональными поставщиками услуг и обществом. Крайне важной является способность к взаимодействию с другими работниками и к деятельности в различных условиях. Навыки коммуникации необходимы, чтобы договариваться, принимать совместные решения и вместе решать проблемы. Способность использовать информационные технологии необходима, чтобы поддерживать процесс оказания помощи, следить за перемещениями больных между различными секторами в разные моменты времени, обмениваться информацией с другими поставщиками и следить за результатами лечения.
- Новшества в медицинской помощи при хронических заболеваниях означают значительные организационные и системные изменения, цель которых — создать новые способы деятельности и обслуживания. Внедрение этих изменений требует квалифицированных кадров для руководства процессом осуществления изменений.
- Чтобы обеспечить безопасность больных, работники должны обладать основными знаниями по контролю качества и уметь использовать методики оценки и повышения качества. Врачи должны уметь оценивать имеющуюся базу знаний, получать информацию о наилучших стандартах лечения и применять ее на практике. Есть данные, что в настоящее время многие медицинские работники и администраторы недостаточно умеют выявлять наилучшую практику и оценивать качество обслуживания (Nam et al. 2007).
- Подход к лечению, охватывающий все население, требует от работников участия в мерах по поддержанию здоровья и профилактике, а также лечения и обслуживания во всем диапазоне медицинской помощи. Это расширение функций, скорее всего, потребует приобретения квалификации в области общественного здравоохранения, включая более глубокое понимание обязанностей в отношении целых групп населения, а не только отдельных людей.

Влияние на обучение персонала

Добавление этого нового набора общих умений и навыков к общей квалификации связано с рядом последствий для программ обучения. Несмотря на то, что не существует единой модели обучения, которая поддерживала бы повышение качества помощи при хронических заболеваниях, существующие подходы имеют ряд недостатков.

Недавно в Канаде внедрено несколько многообещающих инструктивных и практических междисциплинарных программ, цель которых — обучение многопрофильного и хорошо умеющего работать в команде персонала (Health Council of Canada 2005). Целью Инициативы межпрофессионального обучения для совместной практики, ориентированной на больного (IECPCP) под руководством организации Health Canada является-

ся поддержка и демонстрация преимуществ межпрофессионального образования в условиях различных секторов и типов оказания помощи. Специализированная учебная клиника Toronto Rehabilitation внедрила новый подход к практическому обучению студентов в сфере реабилитации и сложной длительной помощи. Студентам предоставляется возможность увидеть межпрофессиональное обслуживание в действии и понять роли других профессий. На восемь недель группа студентов нескольких факультетов (медицинский, сестринского дела, социальной работы и реабилитации) под руководством специалиста по межпрофессиональному обучению прикрепляется к службе, продемонстрировавшей слаженную групповую деятельность. Такое совместное обучение все больше признается как основа умения распределять обязанности в обслуживании больного и более тесного соответствия медицинской помощи нуждам всего населения.

Два университета Канады ввели в программы медицинских специальностей межпрофессиональное обучение. В Центре совместного обучения специалистов в области здравоохранения при Мемориальном университете Ньюфаундленда объединены пять дисциплин (медицина, сестринское дело, фармацевтика, социальное обеспечение и образование) с целью внедрения и оценки межпрофессионального образования будущих специалистов в области здравоохранения. В Колледже медицинских наук Университета Британской Колумбии в рамках межпрофессионального обучения и научно-исследовательской деятельности развернуты 15 программ в области здравоохранения и социального обеспечения. Задача такого обучения может быть сформулирована следующим образом (Pruitt and Epping-Jordan 2005):

Нужны общие подходы к лечению различных хронических состояний. Больным лучше, если они получают эффективное лечение в рамках интегрированной системы с мультидисциплинарными бригадами, поддержкой самопомощи и постоянным врачебным наблюдением. Чтобы добиться этого, нужен сдвиг от лечебной модели здравоохранения к координированной всеобъемлющей системе... Должны быть созданы медицинские бригады, координирующие оказание помощи различными медицинскими работниками и в различных секторах здравоохранения. Приобретение врачами, медицинскими сестрами и другими специалистами необходимых знаний и навыков скажется на программах высших учебных заведений, курсах повышения квалификации и последиplomного образования.

Некоторые авторы утверждают, что образовательные программы в тех системах здравоохранения, где применяется Модель оказания помощи при хронических заболеваниях (ССМ) или сходные с нею модели, должны охватывать все аспекты модели, в силу того, что информационные технологии, поддержка самопомощи и групповая деятельность столь же важны, как клинические или административные навыки. Munro et al. (2002) пишут: «Что должны делать медицинские учебные заведения? Для начала — создать программы амбулаторной помощи, такие как Модель оказания помощи при хронических заболеваниях, которые будут включать бригады специалистов, информационные системы, поддержку принятия практи-

ческих решений и поддержку самопомощи больных, — как новые объекты изучения».

Обучение административных работников столь же важно, как и обучение медицинских работников. Внося изменения в программы обучения, важно повысить осведомленность медицинских, социальных и административных работников, как о содержании, так и о новых методах деятельности, включая:

- содержание
 - профилактика, диагностика и лечение длительно существующих состояний;
 - психологические и социальные аспекты жизни с длительно существующими состояниями;
- лечение, сосредоточенное на больном
 - роль потребителей услуг и тех, кто осуществляет уход за ними, включая вопрос о поддержке самопомощи;
 - потребности лиц, осуществляющих уход;
 - как действовать в различных условиях, в том числе на дому у больных и в коммунальных учреждениях;
- групповая деятельность
 - роль различных специалистов и поставщиков услуг;
 - построение взаимоотношений и умение слушать;
 - групповая деятельность и совместная помощь, в том числе как осуществлять взаимодействие между разными организациями и специальностями;
- использование технологий
 - как консультировать потребителей услуг по телефону, электронной почте, при помощи видеосвязи;
 - использование общих медицинских карт для хранения информации и обмена ею;
- повышение качества
 - разбиение на группы риска и взгляд с точки зрения общественного здравоохранения;
 - навыки по координации проектов, оценке качества и анализу данных.

Необходимы, однако, некоторые предостережения. В целом, имеющиеся данные говорят о том, что существующие подходы к последипломному профессиональному обучению не всегда улучшают практические навыки или приводят к изменению поведения (Oxman et al. 1995; Vero et al. 1998). Поэтому важно, чтобы эти навыки вошли в стандарты медицинского и административного обучения, не просто как «дополнение», когда медицинские работники и администраторы уже заняли свои должности. Регулярное обновление программ, в том числе навыков эффективной деятельности в рамках различных организационных структур и методов поддержки самопомощи, должно дополнять стремление к внедрению умений общего профиля.

Еще один вопрос — обучение работников здравоохранения до сих пор в основном ограничено деятельностью в рамках медицинских учреждений. Однако в новых моделях оказания помощи при хронических заболеваниях

ях все больше услуг оказывается вне таких учреждений. Поэтому образовательные программы должны выйти за стены учебных клиник, чтобы дать студентам учебный опыт, который позволит им глубже понять вопросы медицинского обслуживания, ознакомит их с оказанием помощи по месту жительства и подготовит к работе в различных условиях.

Тесно связан с этим вопрос недостаточного внимания к первичной медицинской помощи. Многие потребности людей с хроническими заболеваниями относятся к сфере первичной помощи и требуют навыков, которыми студенты не овладевают в ходе нынешних обучающих программ, сосредоточенных на стационарной помощи (WHO 2002a, 2005; Institute of Medicine 2003, 2004). Подготовка персонала к решению проблем, связанных с медицинской помощью при хронических заболеваниях, требует сдвига от ориентации профессионального образования только на лечение к более сбалансированному учебному плану, который включает вопросы укрепления здоровья и социально-психологические аспекты медицинского обслуживания, а также лечения и поддержки.

Ясно, что изменения в теоретических представлениях о кадровых ресурсах и их роли в обслуживании хронических больных требуют изменений в порядке обучения персонала. Разработка политики часто сосредоточивается на квалификации профессиональных работников. Но, как указывалось выше, непрофессиональные помощники по уходу и занимающиеся самопомощью столь же важны. Чтобы вносить активный вклад в медицинскую помощь при хронических заболеваниях, они должны быть в состоянии улучшить свои возможности по оказанию помощи. Показано, что вмешательства, направленные на повышение медицинской грамотности, особенно важны, так как предоставляют потребителям услуг больше возможностей читать и понимать медицинскую информацию, рассчитывать режим приема и дозы лекарственных средств, оценивать и принимать решения о параметрах лечения и активно участвовать в ведении собственных заболеваний (Wakefield 2004).

Аспект воздействия 4: изменение условий деятельности

Внедрение изменений в порядок медицинского обслуживания зависит не только от состава кадровых ресурсов, навыков и ролей работников, но также от создания условий деятельности, которые помогут сохранить имеющихся работников и обеспечат для каждого из них возможность в полной мере внести свой вклад. Лица, принимающие решения, могут использовать три основных рычага, чтобы улучшить условия деятельности и поддержать изменения в оказании помощи хроническим больным: организационная схема, технологии и организационная культура.

Организационная схема

Под организационной схемой понимаются формальные структуры, административные меры и стимулы, включая заработную плату, дополнительные выплаты, иные стимулы и возможности карьерного роста. Задача состоит в том, чтобы создать системы поддержки начатых изменений.

Традиционные схемы медицинского обслуживания и социального обеспечения в значительной степени сосредоточены на отдельных работ-

никах. Однако многие больные хроническими заболеваниями нуждаются в комплексном наборе услуг, которые, в свою очередь, зависят от знаний и умений многопрофильной бригады. Многочисленные исследования связывают эту модель многопрофильных бригад с процессами медицинского обслуживания, результатами лечения и потреблением услуг, которые превосходят показатели, достигаемые при традиционных организационных схемах. Во многих из этих исследований оценивалось добавление в бригады медицинских сестер, социальных работников, психологов и клинических фармацевтов (Halstead 1976; Wells et al. 2000). Например, в общих практиках в Англии более слаженная командная работа связана с более качественным оказанием помощи, ее непрерывностью, доступностью и удовлетворенностью больных (Campbell et al. 2001; Stevenson et al. 2001). Однако то, насколько медицинские специалисты могут работать в бригадах, зависит от организационных схем.

Характер распределения ресурсов и системы оплаты поставщиков услуг уже давно признаны узкими местами, которые могут помешать эффективному оказанию помощи при хронических заболеваниях, что, в свою очередь, играет важную роль в том, будут ли поставщики медицинских услуг приветствовать изменения в соотношении навыков и обязанностей или сопротивляться им. Механизмы оплаты, базирующиеся на индивидуальной оплате (например, по объему оказанных услуг), в основе которых — личные посещения или конкретные процедуры, мешают командной работе и не учитывают многие аспекты помощи при хронических заболеваниях, в том числе ведение медицинских записей и канцелярскую работу, время на разъезды, консультирование и взаимодействие с другими членами бригады и специалистами. Условия деятельности, когда финансируются бригады, а не отдельные поставщики услуг, приводят к тому, что персонал в большей степени заинтересован в организации помощи, наилучшим образом отвечающей нуждам обслуживаемого населения, и в оптимизации навыков деятельности. Для преодоления финансовых препятствий к межпрофессиональной практике во многих странах применяются гибкие финансовые схемы компенсаций, такие как подушевая оплата, полное либо частичное жалование (вставка 7.6; см. также главу 9).

Перестраивая оказание помощи при хронических заболеваниях, важно учитывать влияние организационных схем на персонал и предусматривать стимулы для поддержки изменений. Пробелы в системах клинической поддержки, неоправданное административное бремя, возложенное на врачей, и недостатки информационных систем являются примерами организационных проблем, которые могут мешать развитию более действенных и эффективных подходов к оказанию помощи при хронических заболеваниях. Все эти факторы влияют на кадровые ресурсы и на то, насколько члены бригад способны адаптироваться к изменениям в порядке медицинского обслуживания. Например, нехватка ресурсов может стать основным препятствием к работе врачей в составе мультидисциплинарной бригады. В одном исследовании врачи общей практики назвали в качестве основных препятствий время, организацию, обмен информацией, образование и ресурсы (Blakeman et al. 2001). Обеспечение ресурсами может послужить катализатором для врачей общей практики и других медицинских работников в решении присоединиться к бригадам или расширить их.

Вставка 7.6. Различные модели оплаты

В Канаде смешанные модели оплаты, внедренные через межправительственный Переходный фонд первичной помощи, дали различным членам медицинских бригад возможность и стимулы увеличить время, посвященное укреплению здоровья, профилактике и ведению хронических заболеваний. В провинциях Онтарио и Квебек для семейных врачей были внедрены стимулы объединяться в групповые практики путем введения ряда альтернативных схем оплаты, при которых вознаграждается достижение целей в области укрепления здоровья и профилактики заболеваний или использование определенных процедур при ведении хронических заболеваний.

В Англии контракт врача общей практики составлен таким образом, что использование другого квалифицированного персонала не угрожает напрямую его доходам. Это позволяет использовать медицинских сестер вместо врачей для оказания таких услуг как иммунизация, обследование на рак шейки матки и укрепление здоровья. Кроме того, Система оценки качества и результатов деятельности обеспечивает для врачей общей практики, путем введения системы баллов, стимулы применять наилучшие методы помощи при обслуживании людей с длительно существующими состояниями.

В Австралии Программа поддержки первичной помощи, внедренная в 1999 г., предусматривает стимулы к планированию помощи и телеконференциям при лечении больных хроническими заболеваниями и людей со сложными потребностями. Для оплаты программой Медикэр план лечения должен включать, помимо врача общей практики, как минимум двух других медицинских работников.

Технологии

Другим важным рычагом являются технологии. Это не только механизмы и приспособления, сюда входит широкий спектр таких инструментов как планирование деятельности и ролей, клинические протоколы и информационные системы. При оказании помощи при хронических заболеваниях информационные технологии предоставляют мощный инструмент для упрощения передачи информации, сокращения лишней бумажной работы и наблюдения за ходом лечения (Biermann et al. 2000; Kruger et al. 2003). Поддержка принятия решений и клинические информационные системы, например, компьютерные, которые обеспечивают немедленную обратную связь относительно качества деятельности, могут повысить точность соблюдения клинических руководств по лечению различных хронических заболеваний (Zwar et al. 2006; глава 8).

Внедрение электронных медицинских записей часто сопряжено с трудностями. Тем не менее, растущий объем клинической информации, с которым сталкиваются медицинские работники при лечении хронических больных, делает технологии необходимым инструментом обмена информацией между членами бригады и предупреждения ошибок. Робототехника, технологии наблюдения и средства телекоммуникации – другие примеры инструментов, которые могут различным образом применяться при ведении хронических заболеваний и способны улучшить как обслуживание, так и условия работы персонала. Однако работникам может понадобиться обучение и поддержка в принятии новых технологий, а также время и возможности воспользоваться результатами.

Организационная культура

Не столь ощутимым, но не менее важным рычагом повышения качества помощи при хронических заболеваниях является профессиональная и организационная культура (Stott and Walker 1965). Это включает организационную философию и ценности, стиль руководства, типы поведения и отношения членов организации. Работа в условиях междисциплинарных бригад означает, что специалисты должны увязывать собственную систему ценностей с системами ценностей других, согласуя ее также с общей организационной культурой. Даже при наличии общих ценностей работники могут считать, что придерживаются совершенно разных ценностей и практических принципов, и это восприятие может влиять на отношения с другими специалистами и организациями.

Масштаб изменений, необходимых для перестройки помощи при хронических заболеваниях, означает, что к этому процессу нельзя подходить как к разовому событию или отдельному организационному вмешательству. Скорее, это процесс долгой эволюции, требующий выработки общего взгляда на то, какой должна быть система, определения направления, в котором должны быть приложены усилия, и стратегических действий для воплощения этого. Таким постоянным и сложным изменениям может помочь организационная культура, сознательно ориентированная на инновации, выработку общей позиции, эксперименты, критическую оценку и постоянное обучение. Это влияет также на кадровые ресурсы: у людей должно быть время, навыки и простор для инноваций; а возможно, также, вознаграждение за их усилия.

Выводы

В данной главе обозначено, почему кадровые вопросы являются центральными для развития и внедрения новых способов оказания помощи при хронических заболеваниях. Новые модели и схемы медицинского обслуживания при хронических заболеваниях включают, как минимум, четыре фактора, которые предвещают необходимость значительных изменений в кадровых ресурсах: интеграция на индивидуальном, бригадном и организационном уровнях; медицинская помощь, ориентированная на больного; подход, охватывающий все население; особое внимание к повышению качества.

Повышение качества помощи хроническим больным означает многие клинические плюсы и улучшение обслуживания для потребителей, но влияет также и на персонал. Это влияние, положительное в долгосрочном плане, в краткосрочном сопряжено с определенными трудностями. Инвестиции в персонал, в терминах времени, обучения и ресурсов, будут решающими для успеха любой системы или изменений на программном уровне в области помощи при хронических заболеваниях.

Однако данные исследований, посвященных отдельным странам и использованных в этой главе (Nolte et al. 2008), говорят о том, что хотя некоторая целенаправленная работа по созданию новых ролей для персонала и систем навыков ведется, более сложным аспектам кадровых ресурсов и организационному развитию уделяется меньше внимания. Как добиться того, чтобы медицинские и социальные работники работали вместе? Что

усилит побуждения больничного консультанта выявлять возможные недочеты системы? Что нужно сделать, чтобы мотивировать медицинскую сестру принять идеи тех, кто руководит медицинским обслуживанием и планирует его, и развить в своей повседневной практике? Мы пока не знаем ответов на подобные вопросы, но должны задуматься над ними, если действительно хотим перестроить систему медицинской помощи при хронических заболеваниях.

Мы знаем, что аудит и обратная связь, обучающие сессии для медицинских работников, совместное обучение и клинические руководства не приводят к безоговорочному успеху в изменении поведения. Мы знаем, что схемы внедрения навыков лишь отчасти помогают создать необходимые новые навыки и роли. И мы знаем, что должны менять не только установки и поведение отдельных медицинских работников или их групп; чтобы внедрить изменения в систему в целом, нужны изменения на структурном и организационном уровне.

Эта глава демонстрирует наличие нескольких важнейших рычагов воздействия на кадровые ресурсы, с помощью которых можно способствовать изменениям и обеспечивать успешное и устойчивое внедрение моделей помощи при хронических заболеваниях. Это включает концепцию совокупности кадровых ресурсов, где важнейшую роль играют потребители услуг, переопределение профессиональных ролей, развитие общих навыков и изменение условий деятельности. Возможно, наиболее важным выводом этой главы является то, что *кто-то* должен начать и поддерживать эти изменения, чтобы изменить медицинскую помощь при хронических заболеваниях. Кадровые ресурсы и есть этот «кто-то» — поэтому нам нужно прилагать больше усилий, учитывая потребности, взгляды и мотивации работников для обеспечения устойчивых изменений.

Литература

- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J. and Silber, J.H. (2002) Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction, *JAMA*, 288: 1987–93.
- Astin, J.A., Beckner, W., Soeken, K., Hochberg, M.C. and Berman, B. (2002) Psychological interventions for rheumatoid arthritis: a meta-analysis of randomized controlled trials, *Arthritis Rheum*, 47: 291–302.
- Australian Medical Workforce Advisory Committee (2005) *The General Practice Workforce in Australia: Supply and Requirements to 2013*. Sydney: Australian Medical Workforce Advisory Committee.
- Barlow, J.H., Williams, B. and Wright, C.C. (1999) "Instilling the strength to fight the pain and get on with life": learning to become an arthritis self-manager through an adult education programme, *Health Educ Res*, 14: 533–44.
- Barlow, J.H., Bancroft, G.V. and Turner, A.P. (2005) Volunteer, lay tutors experiences of the chronic disease self-management course: being valued and adding value, *Health Educ Res*, 20: 128–36.
- Barr, V.J., Robinson, S., Marin-Link, B. et al. (2003) The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model, *Hosp Q*, 7: 73–82.
- Baumann, A. and Silverman, B. (1998) De-professionalization in health care: flattening the hierarchy, in L. Groake (eds) *The Ethics of the New Economy: Restructuring and Beyond*, pp. 203–11. Ontario: Wilfred Laurier University Press.

- Bero, L.A., Grilli, R., Grimshaw, J.M. et al. (1998) Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings, *BMJ*, 317: 465–8.
- Biermann, E., Dietrich, W. and Standl, E. (2000) Telecare of diabetic patients with intensified insulin therapy. A randomized clinical trial, *Stud Health Technol Inform*, 77: 327–32.
- Bindman, A.B., Weiner, J.P. and Majeed, A. (2001) Primary care groups in the United Kingdom: quality and accountability, *Health Aff* 20: 132–45.
- Blakeman, T.M., Harris, M.F., Comino, E.J. and Zwar, N.A. (2001) Evaluating general practitioners views about the implementation of the Enhanced Primary Care Medicare items, *Med J Aust*, 175: 95–8.
- Bodenheimer, T., Wagner, E.H. and Grumbach, K. (2002) Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2, *JAMA* 288: 1909–14.
- Booth, J. and Hewiston, A. (2002) Role overlap between occupational therapy and physiotherapy during in-patient stroke rehabilitation: an exploratory study, *J Interprofess Care*, 16: 31–40.
- Bourbeau, J., Julien, M., Maltais, F. et al. (2003) Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific self-management intervention, *Arch Intern Med*, 163: 585–91.
- Brodsky, J., Habib, J. and Mizrahi, I. (2000) *Long-term Care Laws in Five Developed Countries: A Review*. Geneva: World Health Organization.
- Brooks, P. (2003) The impact of chronic illness: partnerships with other healthcare professionals, *Med J Aust*, 179: 260–62.
- Brown, B., Crawford, P. and Darongkamas, J. (2000) Blurred roles and permeable boundaries: the experience of multidisciplinary working in community mental health, *Health Soc Care Community*, 8: 425–35.
- Brown, S.A. and Grimes, D.E. (1995) A meta-analysis of nurse practitioners and nurse midwives in primary care, *Nurs Res*, 44: 332–9.
- Campbell, S.M., Hann, M., Hacker, J. et al. (2001) Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study, *BMJ*, 323: 784–7.
- Canadian Health Services Research Foundation (2001) *Commitment and Care: The Benefits of a Healthy Workplace for Nurses, their Patients, and the System*. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation.
- Centre for Nursing Studies and Institute for the Advancement of Public Policy (2001) *Final Report: The Nature of the Extended/Expanded Nursing Role in Canada*. St John's, Newfoundland: Centre for Nursing Studies. <http://www.cns.nf.ca/research/finalreport.htm>.
- Challis, D., Darton, R., Johnson, L., Stone, M. and Traske, K. (1995) *Care Management and Health Care of Older People*. Aldershot, UK: Darlington Community Care Project.
- Chiang, L.C., Huang, J.L., Yeh, K.W. and Lu, C.M. (2004) Effects of a self-management asthma educational program in Taiwan based on PRECEDE–PROCEED model for parents with asthmatic children, *J Asthma*, 41: 205–15.
- Clark, N.M., Nothwehr, F., Gong, M. et al. (1995) Physician–patient partnership in managing chronic illness, *Acad Med*, 70: 957–9.
- Cline, C. (2002) Nurse-led clinics for heart failure in Sweden: doing the right thing? *Eur J Heart Fail*, 4: 393–4.
- College of Family Physicians of Canada (2004) *Family Medicine in Canada: Vision for the Future*. Mississauga, Canada: College of Family Physicians of Canada.
- Connor, C.A., Wright, C.C. and Fegan, C.D. (2002) The safety and effectiveness of a nurse-led anticoagulant service, *J Adv Nurs*, 38: 407–15.
- Corcoran, M. (1997) Polypharmacy in the older patient with cancer, *Cancer Control*, 4: 419–28.
- Corkery, E., Palmer, C, Foley, M.E. et al. (1997) Effects of a biocultural community health worker on diabetes education in a Hispanic population. *Diabetes Care*, 20: 254–7.

- Coulter, A. and Ellins, J. (2006) *Patient-focused Interventions: A Review of the Evidence*. Oxford: Picker Institute Europe.
- Department of Health (2001) *The Expert Patient: A New Approach to Chronic Disease Management for the 21st Century*. London: Department of Health.
- Edwards, M. (1997) The health care assistant: usurper of nursing? *Br J Community Health Nurs*, 10: 490–4.
- Emanuel, E.J. and Emanuel, L.L. (1992) Four models of the physician-patient relationship, *JAMA*, 267: 2221–6.
- Enhancing Interdisciplinary Collaboration in Primary Health Care Initiative (2005) *Barriers and Facilitators to Enhancing Interdisciplinary Collaboration in Primary Health Care*. <http://www.eicp.ca/en/default.asp>.
- Epstein, R.S. and Sherwood, L.M. (1996) From outcomes research to disease management: a guide for the perplexed, *Ann Intern Med*, 124: 832–7.
- Frich, L.M. (2003) Nursing interventions for patients with chronic conditions, *J Adv Nurs*, 44: 137–53.
- Gibson, P.G., Powell, H., Coughlan, J. et al. (2003) Self-management education and regular practitioner review for adults with asthma, *Cochrane Database Syst Rev*, 1: CD001117.
- Gillam, S. and Schamroth, A. (2002) The community-oriented primary care experience in the United Kingdom, *Am J Public Health*, 92: 1721–5.
- Glasgow, R.E., Orleans, C.T. and Wagner, E.H. (2001) Does the chronic care model serve also as a template for improving prevention? *Milbank Q*, 79: 579–612, iv–v.
- Glenngerd, A.H. (2005) Sweden: Health systems in transition. *Health Syst Transit*, 7: 1–126.
- Griffiths, C, Foster, G., Barnes, N. et al. (2004) Specialist nurse intervention to reduce unscheduled asthma care in a deprived multiethnic area: the east London randomised controlled trial for high risk asthma (ELECTRA), *BMJ*, 328: 144.
- Hainsworth, J. and Barlow, J. (2001) Volunteers experiences of becoming arthritis self-management lay leaders: "It's almost as if I've stopped aging and started to get younger!", *Arthritis Rheum*, 45: 378–83.
- Halstead, L.S. (1976) Team care in chronic illness: a critical review of the literature of the past 25 years, *Arch Phys Med Rehabil*, 57: 507–11.
- Ham, C, Parker, H., Singh, D. and Wade, E. (2007) *Getting the Basics Right. Final Report on the Care Closer to Home: Making the Shift Programme*. Coventry: Institute for Innovation and Improvement.
- Health Council of Canada (2005) *Modernizing the Management of Health Human Resources in Canada: Identifying Areas for Accelerated Change. Report from a National Summit*. Toronto: Health Council of Canada.
- Horrocks, S., Anderson, E. and Salisbury, C. (2002) Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors, *BMJ*, 324: 819–23.
- Hussein, S. and Manthorpe, J. (2005) An international review of the long-term care workforce: policies and shortages, *J Aging Soc Policy*, 17: 75–94.
- Institute of Medicine (2001) *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: National Academy Press.
- Institute of Medicine (2003) *Health Professions Education: a Bridge to Quality*. Washington, DC: National Academy Press.
- Institute of Medicine (2004) *Improving Medical Education: Enhancing the Behavioral and Social Science Content of Medical School Curricula*. Washington, DC: National Academy Press.
- Jamtvedt, G., Young, J.M. and Kristoffersen, D. (2004) Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review), in *The Cochrane Library*, Issue 2. Chichester, UK: John Wiley.
- Kinnersley, P., Anderson, E., Parry, K. et al. (2000) Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting "same day" consultations in primary care, *BMJ*, 320: 1043–8.

- Kobayashi, R.H., Kobayashi, A.D., Lee, N., Fischer, S. and Ochs, H.D. (1990) Home self-administration of intravenous immunoglobulin therapy in children, *Pediatrics*, 85: 705–9.
- Kodner, D. (1993) *Case Management: Principles, Practice and Performance*. Brooklyn, NY: Institute for Applied Gerontology.
- Kohn, L.T., Corrigan, J.M. and Donaldson, M.S. (2000) *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: Institute of Medicine and National Academy Press.
- Kruger, D.F., White, K., Galpern, A. et al. (2003) Effect of modem transmission of blood glucose data on telephone consultation time, clinic work flow, and patient satisfaction for patients with gestational diabetes mellitus, *J Am Acad Nurse Pract*, 15: 371–5.
- Laine, C. and Davidoff, F. (1996) Patient-centered medicine. A professional evolution, *JAMA*, 275: 152–6.
- Lewin, S.A., Skea, Z.C. and Entwistle, V. (2004) Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations, *Cochrane Database Syst Rev* 2: CD003267.
- Lorig, K. and Holman, H.R. (1989) Long-term outcomes of an arthritis self-management study: effects of reinforcement efforts, *Soc Sci Med*, 29: 221–4.
- Lorig, K.R., Sobel, D.S. and Stewart, A.L. (1999) Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing utilization and costs: A randomized trial, *Med Care*, 37: 5–14.
- Loveman, E., Royle, P. and Waugh, N. (2003) Specialist nurses in diabetes mellitus, *Cochrane Database Syst Rev*, 2: CD003286.
- Lynn, J., Schuster, J.L., The Center to Improve Care of the Dying and the Institute for Healthcare Improvement (2000) *Improving Care for the End of Life: A Sourcebook for Clinicians and Managers*. New York: Oxford University Press.
- McDonald, H.P., Garg, A.X. and Haynes, R.B. (2002) Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions: scientific review, *JAMA*, 288: 2868–79.
- McDonald, M., McPhee, P.D. and Walker, R.J. (1995) Successful self-care home dialysis in the elderly: a single center experience, *Perit Dial Int*, 15: 33–6.
- McKee, M., Dubois, C.A. and Sibbald, B. (2006) Changing professional boundaries, in C.A. Dubois, M. McKee and E. Nolte (eds) *Human Resources for Health in Europe*, pp.63–78. Maidenhead: Open University Press.
- Ministry of Health Planning (2003) *A Framework for a Provincial Chronic Disease Prevention Initiative*. Victoria, BC: Population Health and Wellness.
- Montani, S., Bellazzi, R., Quaglini, S. and d'Annunz, G. (2001) Meta-analysis of the effect of the use of computer-based systems on the metabolic control of patients with diabetes mellitus, *Diabetes Technol Ther* 3: 347–56.
- Montori, V.M., Helgemoe, P.K., Guyatt, G.H. et al. (2004) Telecare for patients with type 1 diabetes and inadequate glycaemic control: a randomized controlled trial and metaanalysis, *Diabetes Care*, 27: 1088–94.
- Moote, C. (1993) Techniques for post-op pain management in the adult, *Can J Anaesth*, 40: R19–28.
- Munro, N., Felton, A. and McIntosh, C. (2002) Is multidisciplinary learning effective among those caring for people with diabetes? *Diabet Med* 19: 799–803.
- Nancarrow, S. (2004) Dynamic role boundaries in intermediate care services, *J Interprof Care*, 18: 141–51.
- Neumeyer-Gromen, A., Lampert, T., Stark, K. and Kallischnigg, G. (2004) Disease management programs for depression: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials, *Med Care*, 42: 1211–21.
- Nodturtft, V., Schneider, J.M., Hebert, P. et al. (2000) Chronic disease self-management:improving health outcomes, *Nurs Clin North Am*, 35: 507–18.
- Nolte, E., Knai, C. and McKee, M. (eds) (2008) *Managing Chronic Conditions: Experience in eight Countries*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.

- Norris, S.L., Glasgow, R.E. and Engelgau, M.M. (2003) Chronic disease management. A definition and systematic approach to component interventions, *Dis Manage Health Outcomes*, 11: 477–88.
- Orne, R.M., Garland, D., O'Har, M., Perfetto, L. and Stielau, J. (1998) Caught in the cross fire of change: nurses experience with unlicensed assistive personnel, *Appl Nurs Res*, 11: 101–10.
- Osman, L.M., Calder, C., Godden, D.J. et al. (2002) A randomised trial of self-management planning for adult patients admitted to hospital with acute asthma, *Thorax*, 57: 869–74.
- Ostbye, T., Yarnall, K.S., Krause, K.M. et al. (2005) Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care? *Ann Fam Med*, 3: 209–14.
- Ouwens, M., Wollersheim, H., Hermens, R., Hulscher, M. and Grol, R. (2005) Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews, *Int J Qual Health Care*, 17: 141–6.
- Oxman, A.D., Thomson, M.A., Davis, D.A. and Haynes, R.B. (1995) No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice, *CMAJ*, 153: 1423–31.
- Piette, J.D., McPhee, S.J., Weinberger, M., Mah, C.A. and Kraemer, F.B. (1999) Use of automated telephone disease management calls in an ethnically diverse sample of low-income patients with diabetes, *Diabetes Care*, 22: 1302–9.
- Pong, R.W., Saunders, D., Church, J., Wanke, M. and Cappon, P. (1995) *Health Human Resources in Community-based Health Care: A Review of the Literature*. Health Canada, Health Promotion and Programs Branch.
- Pratt, L.R. (2006) Long-term conditions 5: meeting the needs of highly complex patients, *Br J Community Nurs*, 11(6): 234–5, 238–40.
- Productivity Commission (2005) *Australia's Health Workforce*. Canberra: Productivity Commission.
- Pruitt, S.D. and Epping-Jordan, J.E. (2005) Preparing the 21st century global healthcare workforce, *BMJ*, 330(7492): 637–9.
- Quill, T.E. and Brody, H. (1996) Physician recommendations and patient autonomy: finding a balance between physician power and patient choice, *Ann Intern Med*, 125(9): 763–9.
- Richardson, G., Maynard, A., Cullum, N. and Kindig, D. (1998) Skill mix changes: substitution or service development? *Health Policy*, 45: 119–32.
- Robertson, M.K., Umble, K.E. and Cervero, R.M. (2003) Impact studies in continuing education for health professions: update, *J Contin Educ Health Prof*, 23: 146–56.
- Schreiber, R., MacDonald, M., Davidson, H. et al. (2003) Advanced nursing practice: opportunities and challenges in British Columbia. Victoria, BC: Canadian Health Services Resource Foundation. http://www.chsrf.ca/final_research/ogc/pdf/schreiber_report.pdf.
- Sibbald, B., Shen, J. and McBride, A. (2004) Changing the skill-mix of the health care workforce, *J Health Serv Res Policy*, 9(Suppl 1): 28–38.
- Singh, D. (2005a) *Which Staff Improve Care for People with Long-term Conditions? A Rapid Review of the Literature*. Birmingham: University of Birmingham and NHS Modernisation Agency.
- Singh, D. (2005b) *Transforming Chronic Care*. Birmingham: University of Birmingham and Surrey and Sussex PCT Alliance.
- Smith, S., Bury, G., O'Lea, M. et al. (2004) The North Dublin randomized controlled trial of structured diabetes shared care, *Fam Pract*, 21: 39–45.
- Smits, P.B., Verbeek, J.H. and de Buissonje, C.D. (2002) Problem based learning in continuing medical education: a review of controlled evaluation studies, *BMJ*, 324: 153–6.
- Sperl-Hillen, J., O'Conn, P.J., Carlson, R.R. et al. (2000) Improving diabetes care in a large health care system: an enhanced primary care approach, *Jt Comm J Qual Improv*, 26: 615–22.

- Stevenson, K., Baker, R., Farooqi, A., Sorrie, R. and Khunti, K. (2001) Features of primary health care teams associated with successful quality improvement of diabetes care: a qualitative study, *Fam Pract*, 18: 21–6.
- Stott, K. and Walker, A. (1965) *Times, Teamwork and Teambuilding*. New York: Prentice-Hall.
- Stromberg, A., Martensson, J., Fridlund, B. and Dahlstrom, U. (2001) Nurse-led heart failure clinics in Sweden, *Eur J Heart Fail*, 3: 139–44.
- Stromberg, A., Martensson, J., Fridlund, B. et al. (2003) Nurse-led heart failure clinics improve survival and self-care behaviour in patients with heart failure: results from a prospective, randomised trial, *Eur Heart J*, 24: 1014–23.
- Struthers, R., Hodge, F.S., De Cora, L. and Geishirt-Cantrell, B. (2003) The experience of native peer facilitators in the campaign against type 2 diabetes, *J Rural Health*, 19: 174–80.
- Stubblefield, C. and Mutha, S. (2002) Provider-patient roles in chronic disease management, *J Allied Health*, 31: 87–92.
- Szasz, T.S. and Hollender, M.H. (1956) A contribution to the philosophy of medicine; the basic models of the doctor-patient relationship, *AMA Arch Intern Med*, 97: 585–92.
- Von Korff, M., Gruman, J., Schaefer, J., Curry, S.J. and Wagner, E.H. (1997) Collaborative management of chronic illness, *Ann Intern Med*, 127: 1097–102.
- Vrijhoef, H.J., Diederiks, J.P. and Spreeuwenberg, C. (2000) Effects on quality of care for patients with NIDDM or COPD when the specialised nurse has a central role: a literature review, *Patient Educ Couns*, 41: 243–50.
- Wagner, E.H. (1998) Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract* 1: 2–4.
- Wagner, E.H., Austin, B.T., Davis, C. et al. (2001) Improving chronic illness care: translating evidence into action, *Health Aff*, 20: 64–78.
- Wakefield, M.K. (2004) *Institute of Medicine Committee on the Future of Rural Health Care. Quality through Collaboration: The Future of Rural Health Care*. Washington, DC: National Academy Press.
- Wells, K.B., Sherbourne, C., Schoenbaum, M. et al. (2000) Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled trial, *JAMA*, 283: 212–20.
- Whitmer, A., Seifer, S.D., Finnochio, L., Leslie, J. and O'Ne, E. (1995) Community health workers: integral members of the health care workforce, *Am J Public Health*, 85: 1055–8.
- WHO (2005) *Preparing a Workforce for the 21st Century: The Challenge of Chronic Conditions*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2002b) *Current and Future Long-term Care Needs, an Analysis Based on the 1990 WHO Study, The Global Burden of Disease*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2002c) *Human Resources and National Health Systems. Shaping the Agenda for Action*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2002a) *Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action*. Geneva: World Health Organization. (На русском языке: *Новаторские методы оказания помощи при хронических состояниях: основные элементы для действий*. – Всемирная организация здравоохранения, 2003 г.).
- WHO (2006) *Working Together for Health: the World Health Report 2006*. Geneva: World Health Organization. (На русском языке: *Совместная работа на благо здоровья. Доклад о состоянии здравоохранения в мире*. – ВОЗ, Женева, 2006 г.)
- Wunderlich, G. and Kohler, P. (2001) *Improving the Quality of Long-term Care*. Washington, DC: National Academy Press.
- Zwar, N., Harris, M., Griffiths, R. et al. (2006) *A Systematic Review of Chronic Disease Management*. Canberra: Australian Primary Health Care Research Institute.

Поддержка принятия решений

*Nicholas Glasgow, Isabelle Durand-Zaleski,
Elisabeth Chan u Dhigna Rubiano*

Введение

В основополагающей работе «*Организация медицинской помощи при хронических заболеваниях*» (Wagner et al. 1996) сформулированы комплексные подходы к оказанию помощи, которые улучшают исходы при этих заболеваниях. Авторы выявили общие элементы успешных подходов, относящиеся к пяти основным областям оказания помощи:

- использование четких планов и протоколов;
- реорганизация деятельности таким образом, чтобы удовлетворять потребности больных, которым нужно больше времени, более разнообразные ресурсы, более пристальное наблюдение в дальнейшем;
- постоянное внимание к информации и потребностям больных, связанным с изменением поведения;
- быстрый доступ к необходимой документации;
- вспомогательные информационные системы.

«Поддержка принятия решений» становится здесь частью «экспертной системы»; ее целью является поддержка принятия решений медицинскими работниками, и она очевидным образом связана с той нынешней и возможной в будущем ролью, которую могут играть электронные системы передачи информации в поддержке практических действий на основе доказательных данных (Wagner et al. 1996). Недавние модификации Модели оказания помощи при хронических заболеваниях (ССМ) усматривают цель поддержки принятия решений в том, чтобы «поддерживать методы оказания медицинской помощи, которые согласуются с научными данными и предпочтениями больных» (Improving Chronic Illness Care 2007), и включают в нее стратегии, которые:

- внедряют научно обоснованные рекомендации в повседневную клиническую практику;
- знакомят с научно обоснованными рекомендациями и прочей информацией больных, чтобы способствовать их участию в процессе лечения;

- используют проверенные методы обучения медицинских работников;
- объединяют опыт специалистов с первичной помощью.

В своем обзоре публикаций об эффективности компонентов Модели оказания помощи при хронических заболеваниях Bodenheimer (2003) указывает, что поддержка принятия решений «означает доступность для всех медицинских работников, посредством клинических руководств и обучения врачей, научно обоснованной информации».

Стратегии и механизмы поддержки принятия решений по-прежнему сосредоточены на тех, кто принимает решения, касающиеся лечения, хотя признано, что те же инструменты принятия решений с успехом могут использоваться медицинскими работниками в беседах с больными, чтобы лучше объяснить им характер их заболевания и особенности его ведения. Использование этих инструментов, в том числе научно обоснованных клинических руководств и протоколов, способствует стандартизации процессов оказания помощи, увеличивая тем самым их единообразие, повышая качество результатов и снижая число медицинских ошибок.

В данной главе рассматриваются методы и инструменты, которые затрагиваются в дискуссиях о поддержке принятия решений. Мы начинаем с общего обзора поддержки принятия решений, после чего рассматриваем «цели» деятельности по поддержке принятия решений и растущую важность электронной медицины в мероприятиях по такой поддержке. Мы делаем вывод, что поддержка принятия решений включает широкий круг вмешательств, все больше опирающихся на электронные системы и имеющих общую цель — повысить качество лечения хронических заболеваний путем стандартизации оказания помощи в соответствии с принципами доказательной медицины при одновременном сдерживании затрат.

Далее мы рассматриваем взаимосвязь между более широким применением электронной медицины и поддержкой принятия решений в контексте ведения хронических заболеваний. Электронная медицина является важным инструментом в оказании высококачественной помощи при хронических заболеваниях, поэтому страны должны обеспечить наличие необходимых для ее внедрения основных элементов. Подробно обсуждаются компьютеризованные системы поддержки клинических решений (КСПКР), поскольку они являются таким элементом, поддерживаются растущей доказательной базой, дают возможность выявить некоторые трудности, которые нужно преодолеть для того, чтобы двигаться вперед. В этом разделе рассмотрены электронные руководства для врачей, компьютеризованная поддержка принятия решений, направленная на улучшение самопомощи, и электронные медицинские карты.

В заключение обобщаются основные проблемы, препятствующие продвижению вперед, и предлагаются некоторые приоритетные направления дальнейших исследований.

Поддержка принятия решений при ведении хронических заболеваний

Методы и инструменты поддержки принятия решений

В целом, термин «поддержка принятия решений» относится к любому подходу, который помогает принимать решения в здравоохранении. В Модели оказания помощи при хронических заболеваниях за методы и инструменты поддержки принятия решений отвечают в основном медицинские работники. Однако это отношение к поддержке принятия решений было расширено и включает теперь действия, направленные на решение других задач в рамках системы здравоохранения.

На хронические заболевания приходится примерно 70% расходов здравоохранения; ими страдает примерно 20% населения западных стран. Ожидается, что расходы здравоохранения будут расти, поскольку значительно увеличится число пожилых людей с одним и более хроническим заболеванием. Очевидно, что не только медицинские работники, но и больные, медицинские организации и руководители здравоохранения косвенно вовлечены в процесс принятия решений и поэтому являются подходящими объектами влияния для систем и инструментов поддержки принятия решений.

Конечная цель поддержки принятия решений при лечении хронических заболеваний не зависит от выбранного объекта влияния: повышение качества помощи больным хроническими заболеваниями при одновременном сдерживании расходов здравоохранения.

Изучив литературу, посвященную оказанию помощи при хронических заболеваниях и поддержке принятия решений, мы выявили различные интересы четырех групп, имеющих отношение к системе здравоохранения, касающиеся комплексной системы поддержки принятия решений, направленной на каждую из этих групп (табл. 8.1). Поскольку большинство рассмотренных исследований (описательных или экспериментальных) применимо только к конкретным условиям, таблица стремится дать читателям возможность ощутить существующее разнообразие и облегчить адаптацию к собственным условиям.

Один из выводов заключается в том, что у заинтересованных сторон могут быть различные ожидания и конфликтующие между собой планы. Разработка и внедрение системы поддержки принятия решений для одного или нескольких хронических заболеваний требует, следовательно, предварительного изучения последствий для всех заинтересованных сторон, так, чтобы эта информация учитывалась при выборе между несколькими приоритетами.

В табл. 8.1 приводится предполагаемый список элементов, которые необходимо учитывать при внедрении системы поддержки принятия решений в случае хронических заболеваний. Из исследований не вполне ясно, существует ли общая модель руководства внедрением системы. Наиболее распространенной, по-видимому, является модель, в которой внедрение начинают сами медицинские работники (Kawamoto et al. 2005) для себя или других врачей в системе первичной помощи или в академических центрах. Это можно назвать восходящей моделью. Существуют также нисхо-

Таблица 8.1. Факторы, которые нужно учитывать при разработке систем поддержки принятия решений для различных действующих лиц в системе здравоохранения

Больные	Медицинские работники	Медицинские учреждения	Лица, разрабатывающие политику здравоохранения (сфера осуществления деятельности)
Описание	Одно или несколько хронических заболеваний	Врачи, медицинские сестры, фармацевты, работники смежных медицинских профессий, инструкторы из числа больных	Услуги первичной помощи, мультидисциплинарные команды, амбулаторное обслуживание, неотложная помощь, госпитализации в острых случаях, административные
Характеристики	Решения на основе всесторонней информации, активные, с учетом предпочтений	Подготовленные, проактивные	Регистрация больных и реестры хронических заболеваний, непрерывность лечения, связь служб здравоохранения и социальных служб
Оценка результатов	Изменения поведения (субъективно); клинические исходы (объективно, например, смертность, частота осложнений, уровень HbA1c, артериальное давление); удовлетворенность больного; качество жизни; уверенность в собственных силах; социальная поддержка	Изменения поведения; результаты процесса (качество помощи, например, число проверок зрениия, число анализов крови на уровень HbA1c)	Результаты процесса: качество помощи (например, число обращений за неотложной помощью; число визитов к специалистам); число госпитализаций, которых удалось избежать

HbA1c – гликозилированный гемоглобин A1c.

дящие модели, например, избыточное назначение лекарственных средств выявляется финансовым руководством и ведет к разработке ряда мер, направленных на снижение объема назначений.

На сегодняшний день поддержка принятия решений направлена почти исключительно на медицинских работников. Одной из сложностей, мешающих движению вперед, является необходимость создания, внедрения и оценки методов и механизмов, которые могут облегчить качественное принятие решений всеми, кто имеет отношение к медицинскому обслуживанию хронических больных.

Концепции поддержки принятия решений

Существует обширная теоретическая литература, посвященная поддержке принятия решений. Сформулированы конкретные цели систем поддержки принятия решений: Imhoff et al. (2001) отмечают, что поддержка принятия клинических решений «стремится предоставить медицинским работникам рекомендации по лечению прямо на месте оказания помощи»; Coiera (2003) утверждает, что системы поддержки принятия клинических решений «предназначены в основном, чтобы помочь медицинским работникам выполнять свои повседневные обязанности, поддерживая их в решении задач, которые основаны на использовании данных и знаний». Некоторые авторы разграничивают более индивидуализированные системы поддержки принятия решений с общими клиническими руководствами и важными алгоритмами лечения. Trowbridge and Weingarten (2001) отмечают, что системы поддержки принятия решений требуют индивидуальных для каждого больного клинических переменных и дают рекомендации, ориентированные на конкретного больного, в то время как руководства и алгоритмы лечения обычно содержат более общие предложения по оказанию помощи. Liu et al. (2006) поддерживают это разграничение, определяя механизм принятия клинического решения как «активный ресурс знаний, который использует данные о больном для выработки рекомендаций, предназначенных для этого конкретного случая, которые помогут принятию решений медицинскими работниками, самими больными или теми, кто заботится о них». Они выявили четыре различных элемента систем принятия клинических решений:

- *целевое лицо, принимающее решение*: система создана для поддержки клинических решений медицинского работника и/или больного;
- *целевое решение*: решения касаются отдельного больного;
- *знания*: система использует данные о больном и информацию для того, чтобы помочь выработке клинического решения;
- *выбор времени*: система используется до того, как медицинский работник или больной примет соответствующее решение.

Чтобы лучше разбираться в разнообразных инструментах принятия решений, Liu et al. (2006) предложили типологию, которая позволяет заложить теоретическую основу взаимоотношений между различными инструментами принятия клинических решений и содержит три основных категории: бумажные, электронные и механические (рис. 8.1). Теоретически это

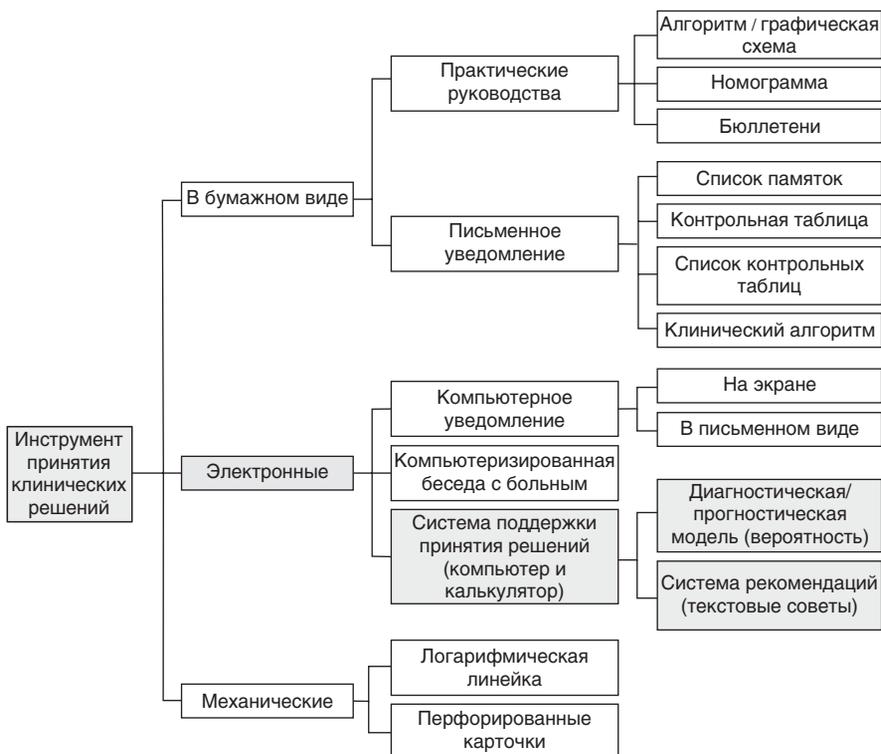


Рисунок 8.1. Схематическое представление инструментов принятия клинических решений.

Источник: Liu J, Wyatt JC, Altman D (2006) Decision tools in healthcare: focus on the problem, not the solution, BMC Medical Informatics and Decision Making 6:4, published through BioMed Central, с изменениями.

разделение отчасти полезно, но выделяемые категории не являются взаимоисключающими. Например, практические руководства, клинические алгоритмы и инструкции могут быть представлены в электронном виде, а таблицы вероятностей до и после тестов могут быть оформлены в виде карточек.

В целом, поддержка принятия решений может охватывать широкий круг вмешательств. Одни вмешательства обычно существуют в бумажном виде (например, руководства и клинические алгоритмы). Другие представляют собой компьютеризованные системы, включая систему уведомлений и более сложные прогностические инструменты. Некоторые вмешательства являются методами обучения медицинских работников и больных с помощью различных обучающих технологий. Они все больше основываются на электронных системах, и все имеют общую цель: повысить качество помощи при хронических заболеваниях посредством ее стандартизации в соответствии с наилучшей практикой на основе научно обоснованных данных при одновременном сдерживании затрат (табл. 8.2).

Таблица 8.2. Типы вмешательств по поддержке клинических решений

Тип поддержки клинического решения	Подтипы	(Заявленные) преимущества
<i>Формы и шаблоны</i>	<p>Напоминания о сборе информации, необходимой для более качественной развернутой поддержки клинических решений.</p> <p>Формы документации первого посещения врача.</p> <p>Формы для самооценки больного до первого посещения врача</p>	<p>Полная документация для качественной непрерывной помощи, компенсаций, юридических вопросов.</p> <p>Полнота предписаний.</p> <p>Помогают другим видам поддержки принятия решений на основе данных</p>
<i>Представление актуальных данных</i>	<p>Вывод персонализированных данных больного для общего обзора имеющейся информации.</p> <p>Вывод персонализированных данных больного во время назначений.</p> <p>Вывод данных, подходящих к данной обстановке или заболеванию.</p> <p>Вывод данных о расходах и назначениях.</p> <p>Ретроспективные уведомления</p>	<p>Оптимизирует принятие решения, обеспечивая учет всех актуальных данных</p>
<i>Проактивные предложения по значениям и формы назначений</i>	<p>Инструкции для правильных и полных назначений и связанной с ними конкретной для каждого случая документации.</p> <p>Назначения для конкретного состояния; полностью определенные или отобранные списки, бланки для заполнения.</p> <p>Последующие назначения: диагностика (для дальнейшего наблюдения), вмешательства (лекарственные средства для ситуаций острого вмешательства).</p> <p>Доступ по запросу пользователя к логическому обоснованию и критике.</p> <p>Рекомендации о предпочтительных диагностических и лечебных вмешательствах</p>	<p>Самое правильное действие становится самым простым для выполнения.</p> <p>Гарантия, что проблема решается максимально полно.</p> <p>Предотвращаются ошибки по недосмотру.</p> <p>Обеспечивается стандартизация назначений</p>

Таблица 8.2 (окончание). Типы вмешательства по поддержке клинических решений

Тип поддержки клинического решения	Подтипы	(Заявленные) преимущества
<i>Поддержка рекомендаций, комплексных протоколов, алгоритмов, клинических путей</i>	<p>Пошаговое осуществление многоступенчатого протокола или рекомендаций.</p> <p>Проверки для подтверждения того, что при длительном процессе следуют протоколам.</p> <p>Напоминания в определенные моменты времени</p>	<p>Самое правильное действие становится самым простым для выполнения.</p> <p>Помогает избежать ошибок и упущений при длительных процессах лечения</p>
<i>Справочная информация и руководство</i>	<p>Справочные материалы и руководства, не учитывающие обстановку.</p> <p>Справочные материалы и руководства, учитывающие обстановку</p>	<p>Удовлетворяет выявленные информационные потребности больных и медицинских работников</p>
<i>Предупреждения (добровольно предоставленные больным или другим получателем помощи)</i>	<p>Предупреждения о возможных ошибках.</p> <p>Предупреждения, поддерживающие предпочтительные или оптимальные назначения и планы лечения.</p> <p>Предупреждения, поддерживающие более эффективные экономически назначения</p>	<p>Предупреждает ошибки по недосмотру или в указаниях, связанные с нераспознанными информационными потребностями врачей или больных</p>

Источник: Таблица «Типы поддержки принятия клинических решений», руководство HIMSS 2004 г., с изменениями.

Системы поддержки принятия клинических решений

Ассоциация медицинских информационных систем и систем управления определяет поддержку принятия клинических решений (Osheroff et al. 2005) как:

...обеспечение медицинских работников или больных клиническими сведениями и касающейся больного информацией, взвешенно отобранной или предоставленной в нужное время для повышения качества медицинской помощи. Клинические сведения могут варьироваться от простых фактов и взаимосвязей до наилучшей практики ведения больных с конкретными формами заболеваний, новых данных клинических исследований и других типов информации.

Системы поддержки принятия решений имеют много разновидностей. Они могут быть бумажными либо (все чаще) компьютеризованными. Практичная систематика различных вмешательств по поддержке принятия клинических решений предложена Ассоциацией медицинских информационных систем и систем управления (см. табл. 8.3). Механизмы поддержки принятия решений становятся все сложнее и все сильнее вовлекают заинтересованные стороны.

Подходы с использованием бумажных носителей

Простейшие формы поддержки принятия решений (часто на бумажных носителях) способствуют упорядоченности действий врачей, но не касаются вопросов непрерывности лечения и передачи некоторых полномочий больным. Польза таких подходов может быть ограничена одним эпизодом лечения, и это «нисходящая» система, не поддерживающая обучение врача или больного. Системы, учитывающие конкретные условия, разумеется, сложнее создать и внедрить, не только из-за технической необходимости учитывать предыдущие эпизоды лечения, но и потому, что это требует взаимодействия всех заинтересованных сторон, участвующих в процессе оказания помощи.

Компьютеризированные системы

Эволюция компьютеризированных систем поддержки клинических решений (КСПКР) с начала 1990-х гг. отражает эволюцию целей в области политики здравоохранения: от внедрения рекомендаций до передачи некоторых функций больным.

Границы между бумажными и электронными системами нечетки. Например, КСПКР быстро проявили себя как наиболее эффективный инструмент внедрения рекомендаций, помогающий достигнуть лучшего, чем при последипломном медицинском образовании, аудите или печатных напоминаниях соблюдения профессиональных требований (Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en Santé 2000). В отчете Австралий-

Таблица 8.3. Данные об эффективности компьютеризированных систем поддержки клинических решений

Библиографическая ссылка с сокращенным названием	Вид исследования	Заболевание/лечение	Целевая группа	Вид вмешательства	Результаты для больного	Качество помощи	Снижение медицинских расходов / потребления услуг
Объективные Субъективные							
Garg et al. (2005) Effects of computerized clinical decision support systems	Систематический обзор	н/д	Врачи	КСПР		+	
O'Connor et al. (2003) Decision aids for people facing health treatment or screening decisions ^a	Систематический обзор	н/д	Больные	Компьютеризованная, в том числе через Интернет, мощность в принятии решений		+	-
Eccles et al. (2002) Effect of computerized evidence-based guidelines on management of asthma and angina in adults	РКИ	Бронхиальная астма, стенокардия	Врачи общей практики	Компьютеризованные руководства		-	-
Manotti et al. (2001) Effect of computer-aided management on the quality of anticoagulation treatment	РКИ	Пероральная антикоагулянтная терапия	Врачи в отделении антикоагулянтной терапии	Компьютерная система подбора дозы	+	+	+
Rollman et al. (2002) Computerized decision support to improve treatment of major depression in primary care	РКИ	Монополярная депрессия	Врачи общей практики	КСПР с диагностической и обратной связью по лечению	-	-	-

Таблица 8.3 (продолжение). Данные об эффективности компьютеризированных систем поддержки клинических решений

Библиографическая ссылка с сокращенным названием	Вид исследования	Заболевание/лечение	Целевая группа	Вид вмешательства	Результаты для больного		Снижение медицинских расходов / потребления услуг
					Объективные	Субъективные	
McCowan et al. (2001) Lessons from a trial to evaluate computer decision support software to improve the management of asthma	РКИ	Бронхиальная астма	Врачи общей практики	КСПКР	?		?
Murray et al. (2004) Failure of computerized treatment suggestions to improve health outcomes of outpatients with uncomplicated hypertension	РКИ	Артериальная гипертония	Врачи, фармацевты	Предложения по лечению на основе доказательной медицины, с использованием электронных медицинских ресурсов	—	—	—
Tierney et al. (2005) Can computer-generated evidence care suggestions enhance evidence-based management of asthma and chronic obstructive pulmonary disease?	РКИ	Бронхиальная астма, ХОБЛ	Врачи общей практики	Компьютеризованные предложения по лечению на основе доказательной медицины	—	—	—

Таблица 8.3 (окончание). Данные об эффективности компьютеризированных систем поддержки клинических решений

Библиографическая ссылка с сокращенным названием	Вид исследования	Заболевание/лечение	Целевая группа	Вид вмешательства	Результаты для больного		Снижение медицинских расходов / потребление услуг
					Объективные	Субъективные	
Lester et al. (2006) Trial of an informatics-based intervention to increase statin prescription for secondary prevention of coronary disease	РКИ	ИБС	Врачи общей практики	КСПКР	+		+
Plaza et al. (2005) Cost-effectiveness of an intervention based on the Global Initiative for Asthma recommendations using a computerized clinical decision support system	РКИ	Бронхиальная астма	Специалисты и врачи общей практики	КСПКР	+		+

КСПКР — компьютеризированная система поддержки клинических решений; РКИ — рандомизированное контролируемое исследование; ХОБЛ — хроническая обструктивная болезнь легких; н/д — нет данных; (+) — вмешательство улучшает результаты лечения; (?) — вмешательство не оказывает воздействия на результаты лечения; (–) — вмешательство отрицательно влияет на результаты лечения.

^a Большинство работ, включенных в данный обзор, было посвящено обследованию на злокачественные опухоли и их лечению; кроме того, в 25% случаев поддержка принятия решений не была компьютеризированной. Тем не менее, обзор предоставляет важные сведения по использованию поддержки принятия решений и поэтому включен в таблицу.

ского департамента здоровья и старения «Электронная поддержка решений в секторе здравоохранения Австралии» (National Electronic Decision Support Taskforce 2003) представлена классификация типов электронной поддержки принятия решений, в основе которой лежит работа Национального консультативного совета по управлению информацией в здравоохранении и Национального института клинических исследований (вставка 8.1). Очевидно, что техническая сложность электронных систем каждого из этих типов постепенно увеличивается.

Вставка 8.1. Электронная поддержка принятия решений в австралийском здравоохранении

Разделена на четыре типа систем (National Electronic Decision Support Taskforce 2003).

Tun 1 обеспечивает упорядоченную информацию, которая требует дальнейшей обработки и анализа до принятия решения на ее основе.

Tun 2 предоставляет медицинским работникам сведения об изменениях состояния больного и предотвращает оценку и вмешательства, выходящие за рамки их сферы деятельности. Медицинским работникам рекомендуется изучить эти предупреждения до принятия решения.

Tun 3 использует дедуктивные механизмы логических выводов на основе определенной базы данных и автоматически создает рекомендации по диагностике или лечению в зависимости от меняющегося состояния больного.

Tun 4 использует более сложные модели управления информацией и логического анализа, такие как обоснование ведения больных, нейронные сети или статистический дискриминационный анализ для предсказания результатов или прогноза. Эти системы обладают способностями к самообучению и для грамотной и четкой работы используют продвинутые математические модели.

Важным условием при разработке любой компьютеризированной системы поддержки клинических решений является тщательное планирование. Различные шаги по созданию и внедрению этих систем приведены на рис. 8.2.

Возможности электронных систем по поддержке клинических решений колеблются от простого предоставления информации (например, требования к лечению сахарного диабета из национальных или международных руководств, без привязки к конкретным больным, врачам или обстановке) до все более сложного сочетания функций, такого как «экспертные системы» и «автоматизированные системы обучения» (Coiera 2003). Экспертные системы содержат конкретную информацию, обычно в виде набора правил, и способны комбинировать данные по отдельным больным, предлагая решение. Автоматизированные системы обучения прослеживают предположительные взаимосвязи в массиве необработанных данных; некоторые новейшие технологии позволяют даже всесторонне охарактеризовать эти взаимосвязи. Этот тип систем похож на относимые Imhoff et al. (2001) к «статистическим методам и методам с искусственным интеллектом».

Согласно Imhoff et al. (2001), для сбора медицинской информации (пра-

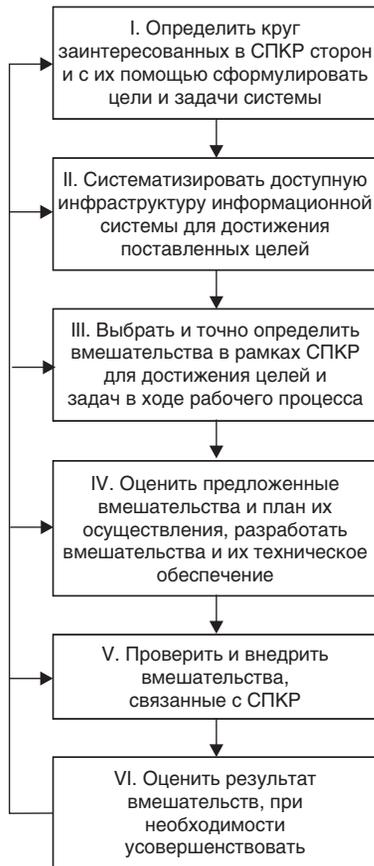


Рисунок 8.2. Применение систем поддержки клинических решений (СПКР) для улучшения результатов деятельности в медицинских учреждениях.

Источник: Osheroff et al. (2005), с изменениями.

вил и фактов), необходимой для функционирования системы поддержки принятия решений, используются три методологии:

- традиционные экспертные системы: получение информации от экспертов в данной области;
- методы доказательной медицины: оценка доступной медицинской информации, терапевтических процедур, методов и укоренившегося поведения с упором на принятие решений в области медицинской помощи;
- статистические методы и методы, связанные с искусственным интеллектом: анализ временных рядов в сочетании с методами поиска информации в больших базах данных, используемый в отношении стандартных клинических информационных систем.

В целом особенности, связанные с созданием КСПКР, носят организационный и технический характер. Их созданию помогает наличие последо-

вательных рекомендаций и систем возмещения затрат, которые не создают конфликтующих стимулов. Лучшие КСПКР поставляют своевременную информацию, автоматически извлекая данные из электронных медицинских карт, и их результаты в форме рекомендованных действий готовы к использованию и интегрируются в клинический процесс (Kawamoto et al. 2005). Критерии, которые следует учитывать при разработке КСПКР, включают в себя:

- возможности, учитывающие конкретного больного;
- интерактивный интерфейс (например, наличие обратной связи и оценка работы врача);
- наличие по месту оказания помощи: информация должна быть доступна там и тогда, где происходит встреча врача с больным;
- способность к эволюции: у системы должна быть возможность по мере появления новых нужд у больных и врачей включать новые элементы, например, течение заболевания или изменения в возможностях применения КСПКР;
- интеграция в повседневную клиническую практику;
- интеграция в электронные медицинские карты;
- уважение к независимости врача;
- возможность приспособления к подгруппам больных с определенными предпочтениями.

С точки зрения врачей, препятствиями к внедрению КСПКР в клинический процесс являются:

- сопротивление врачей;
- недостаточная компьютерная грамотность;
- наличие удобных руководств для использования в повседневной практике;
- чувство собственности врачей в отношении руководств (Kawamoto et al. 2005; Nies et al. 2006).

Ведение хронических заболеваний и политические инициативы в области электронной медицины

Ведение хронических заболеваний согласно модели ССМ требует создания, внедрения и функционирования систем электронной медицины, которые существенно способствуют оказанию качественной медицинской помощи при хронических заболеваниях.

Внедрение электронной медицины стоит дорого. Постоянно появляются новые достижения в области компьютерных технологий, и возможности новейшей технологии могут начать использовать еще до полного освоения уже «устаревшей» на сегодняшний момент технологии. Инновации в электронной медицине часто связаны с реформами здравоохранения. Те, кого касаются предложенные изменения, могут испытывать усталость от процесса реформ и потому сопротивляться изменениям. Все эти факторы могут сыграть роль при рассмотрении новых вмешательств в системах поддержки клинических решений.

Примеры систем электронной медицины

Многие развитые страны вкладывают значительные средства в программы электронной медицины. Одним из основных политических стимулов к этому является растущее бремя хронических заболеваний; поэтому многие программы электронной медицины содержат элементы, напрямую относящиеся к хроническим заболеваниям. Примерами программ, содержащих элементы, имеющие отношение к ведению хронических заболеваний, являются программы электронной медицины в Канаде (Canada Health Infoway 2007), Дании (Medcom 2007), Соединенном Королевстве (NHS Connecting for Health 2007) и Австралии (Health Connect 2007), а также недавно разработанный французский план повышения качества жизни людей с хроническими заболеваниями, который, среди прочего, предусматривает создание Интернет-портала, посвященного хроническим заболеваниям (Ministère de la Santé et des Solidarités 2007). Целями этих программ заявлены улучшение доступа, вовлечение больных в процесс лечения, повышение эффективности обслуживания и улучшение координации при оказании помощи. Эти системы могут включать рекомендации для медицинских работников, информацию по заболеваниям и обучающие программы для больных, критерии отбора для включения в программы лечения. Технические требования описаны ниже. Еще одна общая черта этих систем – руководство на очень высоком уровне (Министерство здравоохранения или эквивалентный уровень), что согласуется с высокими требованиями в смысле надежности и конфиденциальности.

Примеры основных элементов электронной медицины

Эти программы определяют необходимые для создания систем электронной медицины «структурные блоки». Для качественной медицинской помощи при хронических заболеваниях необходимыми считаются следующие компоненты:

- соответствующая инфраструктура, например, широкополосное соединение с Интернетом, подходящее программное обеспечение и компьютерное оборудование;
- согласованные технические стандарты, например, для обмена клинической информацией;
- возможность надежно и качественно идентифицировать отдельных людей (больных и медицинских работников) внутри системы здравоохранения;
- достаточная защита конфиденциальной клинической информации от несанкционированного доступа;
- обеспечивающие взаимодействие электронные медицинские карты;
- наличие КСПКР.

Подробное рассмотрение всех этих пунктов выходит за рамки данной главы. Тем не менее, мы подробно рассмотрим вопрос о КСПКР, поскольку это является краеугольным камнем для будущего развития систем поддержки принятия решений.

Компьютеризированная поддержка принятия клинических решений при ведении хронических заболеваний

Использование КСПКР особенно важно при хронических заболеваниях. Их эффективное ведение требует своевременных научно обоснованных вмешательств, проводимых бригадой медицинских работников на протяжении всего лечения. Например, при сахарном диабете системы поддержки принятия решений нацелены на повышение качества помощи путем проактивной оценки уровня гликозилированного гемоглобина А1с в сыворотке и других важных клинических показателей, осмотра стоп и глаз, советов по режиму питания, рекомендаций по физической активности и лекарственной терапии. Системы поддержки принятия решений направлены на врачей (как в больницах, так и по месту жительства больных) и других членов мультидисциплинарных команд — медицинских сестер, фармацевтов и работников смежных медицинских специальностей, — а также руководителей здравоохранения.

Таким образом, КСПКР могут затрагивать многие аспекты ведения больного хроническим заболеванием: назначение исследований, подбор дозы препаратов, обучение больного, координация, организация помощи, обеспечение ее качества и эффективности. Существующие КСПКР сочетают в себе некоторые из следующих черт:

- предупреждения и напоминания (например, назначение исследований, повторные вызовы больных с определенными характеристиками);
- планы лечения, организация процесса оказания помощи;
- поддержка принятия решений (например, дозировка препаратов, лекарственные взаимодействия, напоминания о назначениях, предупреждающие о возможных конфликтах) и решение проблем в ходе консультаций, на основе оперативно предоставляемой информации о больном;
- поиск информации;
- оценка результатов деятельности медицинского работника.

В сфере помощи при хронических заболеваниях внедрен ряд новых компьютерных подходов к поддержке принятия решений. Здесь мы рассматриваем три подхода, иллюстрирующих инновации, созданные для (1) поддержки принятия решений на практике, (2) поддержки самопомощи, (3) связи с другими секторами медицинского обслуживания (совместно используемые электронные медицинские карты). Мы кратко формулируем роль каждого, информационную базу, обосновывающую эту роль, и возможные пути дальнейшего развития.

Поддержка принятия решений: компьютеризированные системы

Практические руководства по ведению хронических заболеваний существуют во всех странах, включенных в сопроводительный том исследова-

ний. В Интернете доступны руководства в электронном виде, но самих по себе их недостаточно для создания работающей компьютеризированной системы. При разработке руководства должны быть составлены так, чтобы можно было перевести их в электронный вид. Переход от бумажных руководств к КСПКР (Aguirre-Junco et al. 2004; Maviglia et al. 2003) требует:

- выбрать, какие части руководства переводить в электронную форму, а какие нет;
- решить, какие данные туда включить;
- внедрить электронное руководство после перевода в приемлемый для компьютеров формат;
- интегрировать электронное руководство в клинический процесс;
- тесты и подтверждение; оценка.

Медицинским работникам требуется, чтобы рекомендации, созданные на основе руководств, были применимы к конкретным больным. Это означает, что в пределах КСПКР должна существовать связь между руководством и электронной картой больного. Структура электронных карт и рекомендации должны быть совместимы (Barretto et al. 2003).

Доказательства эффективности

Проведена оценка КСПКР для следующих заболеваний: артериальная гипертония, сахарный диабет, депрессия, сердечная недостаточность, бронхиальная астма и ХОБЛ, остеоартрит, терминальная стадия ХПН.

В более раннем систематическом обзоре Hunt et al. (1998) изучалось влияние КСПКР как на результаты деятельности медицинских работников, так и на исходы для больных. Результаты деятельности медицинских работников оценивались по соблюдению существующих руководств. Для таких хронических заболеваний как артериальная гипертония, сахарный диабет, сердечная недостаточность, а также для длительного лечения, такого как антикоагулянтная терапия при мерцательной аритмии или замене сердечных клапанов, КСПКР всегда повышали соблюдение врачами рекомендаций. Влияние на исходы для больных либо не оценивалось, либо было умеренным. Сравнимые результаты были получены и в последующих обзорах (Garg et al. 2005; Kawamoto et al. 2005). Выводы, касавшиеся величины влияния поддержки принятия решений в клинической практике, обобщены в табл. 8.3.

Мнение пользователей в отношении компьютеризированных руководств в целом положительно по сравнению с бумажными руководствами. Общие проблемы, выявленные в ходе исследований, включали недостаточное обучение или компьютерную грамотность, нежелание пользоваться системой во время приема больного и узкий круг вопросов, охваченных ею. Надо, однако, помнить, что многие из этих исследований проводились в то время, когда компьютеры еще не стали такой частью повседневной жизни, как сейчас.

Трудности

Редко, особенно у людей старше 50 лет, имеется более одного хронического заболевания. С этим связаны две основные трудности: как составлять руководства, чтобы они включали наиболее частые сочетания заболе-

ваний, и как добиться, чтобы в каждом случае компьютеризированная система выдавала информацию, уместную именно для этого конкретного больного (Van Weel and Schellevis 2006).

Поддержка самопомощи: интерактивное взаимодействие в сфере здравоохранения

Одним из путей использования электронной связи для улучшения самопомощи является применение телемедицины (Murray et al. 2005): «Интерактивные коммуникационные методы в сфере здравоохранения (ИНСА) являются компьютерными, обычно доступными в сети Интернет информационными программами для больных, в которых сочетается медицинская информация и как минимум что-то одно из следующего: социальная поддержка, поддержка принятия решений или поддержка изменения поведения». Функции телемедицины (ИНСА) включают в себя:

- передачу информации;
- обеспечение информированного принятия решений;
- поддержку здорового образа жизни;
- обеспечение обмена информацией и эмоциональной поддержки со стороны других больных тем же заболеванием;
- поддержку самопомощи;
- управление спросом на медицинские услуги.

Поскольку существует целый ряд разработок в этой области, мы обсудим их подробнее.

Доказательства эффективности

Использованию телемедицины при ведении хронических заболеваний способствуют технологические новшества, более тесное знакомство с информационными технологиями, более совершенная информационная инфраструктура и доступ к Интернету (Bodenheimer et al. 2002). Однако пока, несмотря на применение телемедицины при многих хронических заболеваниях, доказательств ее эффективности мало (табл. 8.4), хотя нет и данных об отрицательном влиянии.

Методы, использующие телемедицину, могут повлиять на здравоохранение не только в сфере помощи при хронических заболеваниях, но и за ее пределами, путем перестройки взаимоотношений поставщиков услуг между собой, между поставщиками услуг и финансовыми организациями, между поставщиками услуг и больными. Например, многие из существующих схем возмещения затрат не покрывают затрат на образование и обмен данными через Интернет, а также на новые медицинские услуги, еще не включенные в существующий набор услуг. Ключом к успеху является осознание необходимости реформ финансирования и традиционных взаимоотношений между поставщиками медицинских услуг (Park 2006).

Другим важным следствием внедрения телемедицины является возможность улучшить доступ к медицинской помощи, не только в географическом смысле, но и для тех групп населения, которые традиционно находятся в невыгодном положении (например, пожилые люди, меньшинства

Таблица 8.4. Данные по эффективности телемедицины и интерактивных методов взаимодействия в сфере здравоохранения

Библиографическая ссылка с сокращенным названием	Вид исследования	Заболевание/лечение	Целевая группа	Вид вмешательства-ства	Результаты для		Снижение расходов/потребление услуг
					больного	Субъективные	
Lewis (1999) Computer-based approaches to patient education	Систематический обзор	Хроническое заболевание (45% исследований)	Больные	Компьютеризированное обучение больных	+		
Murray et al. (2005) Interactive health communication applications for people with chronic disease	Систематический обзор	ВИЧ/СПИД, болезнь Альцгеймера, бронхиальная астма, сахарный диабет	Больные	ИНСА (компьютеризированные, с доступом в Интернет)	+		
Currell et al. (2000) Telemedicine versus face to face patient care: effects on professional practice and healthcare outcomes	Систематический обзор	н/д	Медицинские работники, больные	Телемедицина	?		?
Meigs et al. (2003) Trial of web-based diabetes disease management	РКИ	Сахарный диабет типа 2	Врачи общей практики	Поддержка принятия решений через Интернет	+		+
Shea et al. (2006) Trial comparing telemedicine case management with usual care in older, ethnically diverse, medically underserved patients with diabetes mellitus	РКИ	Сахарный диабет	Больные (в возрасте 65 лет и старше)	Телемедицина	+		

Таблица 8.4 (окончание). Данные по эффективности телемедицины и интерактивных методов взаимодействия в сфере здравоохранения

Библиографическая ссылка с сокращенным названием	Вид исследования	Целевая группа	Вид вмешательства	Результаты для		Снижение медицинских расходов / потребление услуг
				большого	Субъективные	
Noel et al. (2004) Home telehealth reduces healthcare costs	РКИ	Хроническая сердечная недостаточность, заболевание легочных или сахарный диабет	Больные (пожилые)	Телемедицина на дому, интегрированная в электронную медицинскую систему	+	+

ИНСА – интерактивный коммуникационный метод в сфере здравоохранения; РКИ – рандомизированное контролируемое исследование; ВИЧ/СПИД – вирус иммунодефицита человека / синдром приобретенного иммунодефицита; н/д – нет данных; (+) – вмешательство улучшает результаты лечения; (?) – вмешательство не оказывает воздействия на результаты лечения; (–) – вмешательство отрицательно влияет на результаты лечения.

или неимущие). Недавнее рандомизированное контролируемое исследование, посвященное применению телемедицины при индивидуальном ведении больных, выявило улучшения в контроле уровня глюкозы крови при сахарном диабете у пожилых в регионах, признанных «получающими недостаточное медицинское обслуживание» в штате Нью-Йорк (Shea et al. 2006).

Поддержка систем здравоохранения: электронные медицинские карты

Электронные медицинские карты выполняют следующие функции:

- оказание помощи;
- организация медицинского обслуживания;
- поддержка процессов медицинского обслуживания;
- финансовые и административные процессы;
- действия больного по самопомощи.

Эффективное оказание помощи при хронических заболеваниях может потребовать широкой доступности электронных медицинских карт, которые могут использоваться как средство коммуникации, связывая медицинских работников и больных. В сочетании с интернет-системами поддержки принятия решений их можно рассматривать как способ улучшить организацию медицинского обслуживания, учитывая возросшие затраты времени у медицинских работников (Mechanic 2001).

Есть много хороших предложений на тему того, как врачи могут использовать Интернет для связи с больными, для предоставления информации через веб-сайт своей практики, для того, чтобы указать больным полезные, надежные и актуальные источники информации... Такая связь поможет управлять потоком информации, позволит лучше планировать посещения врача, чтобы избежать перерывов в лечении и общении с больным. Это поможет также сократить число излишних посещений врача, сберечь время и уменьшить неудобство для больного и врача, способствовать обучению больного и повышению его ответственности... Сочетание этих технологий с использованием вспомогательного персонала заложит основу для более эффективной организации работы практики.

Доказательства эффективности

В двух исследованиях найдены некоторые улучшения в процессе оказания помощи после внедрения электронных медицинских карт, но никакого влияния на субъективные или объективные исходы (O'Connor et al. 2005; Tierney et al. 2005). Главная сложность, связанная с электронными картами – достижение возможности функционального взаимодействия в пределах систем здравоохранения. Необходимо согласовать технические стандарты. Внедрение общенациональных (или общегосударственных) электронных медицинских карт оказалось трудной задачей. В Соединенном Королевстве (Hendy et al. 2005), Германии (Tuffs 2004, 2006) и США (Burton et al. 2004; Scott et al. 2005) сообщалось о существенных издержках, превышениях бюджета, непредвиденных сложностях, отрицательных ре-

зультатах и даже отмене проектов. Технические сложности включают изъяны в компьютерных программах, отсутствие стандартных форматов для записей врачей и отсутствие точек контакта между различными системами, а также высокую стоимость программ. Это, однако, общие для внедрения крупных проектов в области информационных технологий проблемы.

Культурные сложности включают проблемы юридической ответственности, конфиденциальности и данные о том, что программы по ведению заболеваний, использующие поддержку принятия решений, могут быть успешными без универсальных электронных медицинских карт (Litaker et al. 2005; Solberg et al. 2005). Это означает, что пока правительство и финансовые организации прилагают усилия по внедрению электронных карт, другие заинтересованные лица экспериментируют с другими возможностями в области электронной медицины. Тем не менее, электронная медицина дает уникальную возможность вовлечь больных в ведение собственного заболевания, обеспечивая им доступ к информационным ресурсам и поддержке принятия решений.

Программы, поддерживающие самопомощь и оказание помощи на дому больным хроническими заболеваниями, показали многообещающие результаты (Warsi et al. 2004; Chodosh et al. 2005; Deakin et al. 2005; Turnock et al. 2005). Хотя ранее они всегда опирались на курсы и письменные материалы, современные информационные технологии и, в частности, широкая доступность Интернета и мобильных телефонов, предлагают новые возможности для укрепления самопомощи больных и наблюдения за ней. Расширение полномочий и возможностей больных с помощью информационных технологий сейчас находится на экспериментальной стадии, но может иметь важные последствия для организации здравоохранения в целом, поскольку передает определенные задачи, которые сейчас выполняют медицинские работники, больному. В настоящее время доля больных хроническими заболеваниями, которые могут воспользоваться поддержкой принятия решений, невелика (в среднем, вероятно, 20% населения, несколько больше — среди молодых и среди более образованных людей) (Robinson and Thomson 2001). Ведущую роль в укреплении ответственности больных сыграли фармацевтическая и страховая отрасли. Их программы, включавшие совместное принятие решений и использование телефонных справочных служб, позволили больным активно участвовать в поддержании собственного здоровья (Muir Gray 2002). Врачи зачастую менее охотно поддерживают эти новшества, по сравнению с другими заинтересованными лицами (Blakeman et al. 2006), и выражают озабоченность по поводу размывания их профессиональных обязанностей (глава 7) и использования данного подхода фармацевтическими компаниями для рекламы собственных продуктов больным, хуже владеющим методами критического анализа данных по эффективности.

Критерии качества для методов поддержки принятия решений больными согласованы в международном масштабе и включают отдельные критерии для методов, основанных на использовании Интернета. Эти критерии качества включают наличие обратной связи по вводимой личной медицинской информации (Elwyn et al. 2006).

Разработка методов поддержки принятия решений больными ставит те же вопросы о качестве (хотя в куда более крупном масштабе), что и разработка КСПКР. Во Франции обязательна сертификация всех программ под-

держки принятия решений в области назначения лекарственных средств. С появлением компьютеризированных программ поддержки принятия решений, ориентированных на больного, вероятно, будет введена подобная же регуляция.

Выводы

Новые методы поддержки принятия решений, направленные на повышение качества и безопасности оказания помощи при хронических заболеваниях, должны охватывать всех, кто имеет отношение к оказанию помощи: медицинских работников (врачей, медицинских сестер, работников смежных медицинских профессий), больных и тех, кто за ними ухаживает, администраторов и тех, кто разрабатывает политику здравоохранения. Сущность конкретной поддержки принятия решений может быть разной.

Новые методы поддержки принятия решений, имеющие отношение к хроническим заболеваниям, неразрывно связаны с новшествами в области электронной медицины. Компьютеры все чаще становятся основой для программ поддержки принятия решений.

В рамках Модели оказания помощи при хронических заболеваниях действия по поддержке принятия решений напрямую связаны с повышением качества самопомощи, как путем представления информации в электронном виде, так и посредством телемедицины.

Новые методы поддержки клинических решений появляются во многих частях системы здравоохранения. Чаще всего они посвящены одному хроническому заболеванию в одном секторе медицинской помощи. Есть данные о том, что внедрение систем поддержки принятия решений повышает как качество, так и безопасность лечения. Из этих примеров можно извлечь уроки и экстраполировать частные случаи на общие, а полученные в одной обстановке – на другую. Тем не менее, реорганизация систем здравоохранения для внедрения и функционирования поддержки принятия решений во всех частях системы – задача очень сложная. Это связано с серьезными последствиями для традиционных взаимоотношений, таких как отношения между врачом и больным. Больные могут стать более активными и приобрести новые права и возможности. Существенными будут последствия и для тех, кто финансирует медицинское обслуживание. Новые технологии дороги, и новые виды деятельности нужно оплачивать. Нет уверенности, что эти новые расходы будут сопровождаться экономией средств в других частях системы. «Усталость от реформ» среди медицинских работников и администраторов здравоохранения может вызвать отрицательное отношение к новым инициативам.

Приоритеты дальнейших исследований

Этот предварительный обзор имеющихся данных по использованию поддержки принятия решений в ведении хронических заболеваний помог нам выявить аспекты, требующие дальнейшего рассмотрения. Они должны стать объектами активных исследований, чтобы все заинтересованные стороны: больные, поставщики медицинских услуг, страховые фонды, ор-

ганизации здравоохранения, руководители здравоохранения и промышленность — могли использовать методы надлежащего качества. Вопросы, требующие рассмотрения, можно разбить на три категории:

- исследования, посвященные разработке методов;
- исследования внедрения методов;
- исследования оценки методов.

Исследования, посвященные разработке методов, включают стандартизацию шагов, необходимых для перевода инструкций в компьютеризированную систему. Исследования по внедрению посвящены тому, как те, кто пользуется системами поддержки принятия решений, относятся к этим системам, и как лучше всего приспособить их к нуждам пользователей. Это включает, например, исследование того, как лучше всего внедрять КСПКР в деятельность врачей, и какие изменения нужны, чтобы обеспечить чувствительные к предпочтениям врачей вмешательства. Исследования оценки направлены как на дизайн оценок (обсервационные исследования, исследования случай—контроль, временные ряды), так и на их результаты. Мы видели, что уместно использовать результаты, отличные от традиционно используемых клинических показателей, в том числе показатели, предназначенные для оценки укрепления взаимодействия между заинтересованными сторонами, такими как медицинские работники и больные, и улучшения доступа к укреплению здоровья и медицинской помощи для тех, чье обслуживание является недостаточным.

Литература

- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (2000) *Efficacité des méthodes de mise en œuvre des recommandations médicales*. Paris Cedex: ANAES.
- Aguirre-Junco, A.R., Colombet, I., Zunino, S. et al. (2004) Computerization of guidelines: a knowledge specification method to convert text to detailed decision tree for electronic implementation, *Medinfo* 11: 115–19.
- Barretto, S.A., Warren, J., Goodchild, A. et al. (2003) Linking guidelines to electronic health record design for improved chronic disease management, in *Proceedings of the American Medical Informatics Association*, pp. 66–70.
- Blakeman, T., Macdonald, W. and Bower, P. (2006) A qualitative study of GPs' attitudes to self-management of chronic disease, *Br J Gen Pract*, 56: 407–14.
- Bodenheimer, T. (2003) Interventions to improve chronic illness care: evaluating their effectiveness, *Dis Manag*, 6: 63–71.
- Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H. and Grumbach, K. (2002) Patient self management of chronic disease in primary care, *JAMA*, 228: 2469–75.
- Burton, L.C., Anderson, G.F. and Kues, I.W. (2004) Using electronic health records to help coordinate care, *Milbank Q*, 82: 457–81.
- Canada Health Infoway. <http://www.infoway-inforoute.ca/en/WhatWeDo/Overview.aspx> (accessed October 2007).
- Chodosh, J., Morton, S.C., Mojica, W et al. (2005) Meta-analysis: chronic disease self-management programs for older adults, *Ann Intern Med*, 143: 427–38.
- Coiera, E. (2003) Clinical decision support systems, in (eds) *Guide to Health Informatics*, 2nd edn. London: Arnold.
- Currell, R., Urquhart, C, Wainwright, P. and Lewis, R. (2000) Telemedicine versus face

- to face patient care: effects on professional practice and health care outcomes, *Cochrane Database Syst Rev*, 2: CD002098.
- Deakin, T., McShane, C.E., Cade, J.E. and Williams, R.D. (2005) Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus, *Cochrane Database Syst Rev*, 2: CD003417.
- Eccles, M., McColl, E., Steen, N. et al. (2002) Effect of computerised evidence based guidelines on management of asthma and angina in adults in primary care: cluster randomised controlled trial, *BMJ*, 325: 1–7.
- Elwyn, G., O'Conn, A. and Stacey, D. (2006) Developing a quality criteria framework for patient decision aids: online international Delphi consensus process, *BMJ*, 336: 417–22.
- Garg, A.X., Adhikari, N.K., McDonald, H. et al. (2005) Effects of computerized clinical decision support systems on practitioner performance and patient outcomes: a systematic review, *JAMA*, 293: 1223–38.
- Health Connect (2007) <http://www.health.gov.au/internet/hconnect/publishing.nsf/Content/intro> (accessed October 2007).
- Hendy, J., Reeves, B.C., Fulop, N., Hutchings, A. and Masseria, C. (2005) Challenges to implementing the national programme for information technology (NPfIT): a qualitative study, *BMJ*, 331: 331–6.
- Hunt, D.L., Haynes, R.B., Hanna, S.E. and Smith, K. (1998) Effects of computer-based clinical decision support systems on physician performance and patient outcome. A systematic review, *JAMA*, 280: 1339–46.
- Imhoff, M., Webb, A. and Goldschmidt, A. (2001) On behalf of the ESICM, *Health Inform Intens Care Med*, 27: 179–86.
- Improving Chronic Illness Care (2007) *The Chronic Care Model: Decision support*. Washington, DC. Association of American Medical Colleges. http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=Decision_Support&s=24 (accessed October 2007).
- Kawamoto, K., Houlihan, C.A., Balas, E.A. and Lobach, D.F. (2005) Improving clinical practice using clinical decision support systems: a systematic review of trials to identify critical features to success, *BMJ*, 330: 765.
- Lester, W.T., Grant, R.W., Barnett, G.O. and Chueh, H.C. (2006) Randomized controlled trial of an informatics-based intervention to increase statin prescription for secondary prevention of coronary disease, *J Gen Intern Med*, 21: 22–9.
- Lewis, D. (1999) Computer-based approaches to patient education. A review of the literature literature, *J Am Med Informat Assoc*, 6: 272–82.
- Litaker, D., Ritter, C., Ober, S. and Aron, D. (2005) Continuity of care and cardiovascular risk factor management: does care by a single clinician add to informational continuity provided by electronic medical records? *Am J Manag Care*, 11: 689–96.
- Liu, J., Wyatt, J.C. and Altman, D.G. (2006) Decision tools in health care: focus on the problem, not the solution, *BMC Med Informat Decision Making*, 6: 4.
- Manotti, C., Moia, M., Palareti, G. et al. (2001) Effect of computer-aided management on the quality of treatment in anticoagulated patients: a prospective, randomized, multicenter trial of APROAT (Automated PRogram for Oral Anticoagulant Treatment), *Haematologica*, 86: 1060–70.
- Maviglia, S. M., Zielstorff, R.D., Paterno, M. et al. (2003) Automating complex guidelines for chronic disease: lessons learned, *J Am Med Informat Assoc*, 10: 154–65.
- McCowan, C., Neville, R.G., Ricketts, I.W. et al. (2001) Lessons from a randomized controlled trial designed to evaluate computer decision support software to improve the management of asthma, *Med Inform Internet Med*, 26: 191–201.
- Mechanic, D. (2001) How should hamsters run? Some observations about sufficient patient time in primary care, *BMJ*, 323: 266–8.
- Medcom (2007) <http://www.medcom.dk/wm109991> (accessed October 2007).
- Meigs, J.B., Cagliero, E., Dubey, A. et al. (2003) A controlled trial of web-based diabetes disease management, *Diabetes Care*, 26: 750–7.

- Ministère de la Santé et des Solidarités (2007) *Plan pour l'Amélioration de la Qualité de vie des Personnes Ateintes de Maladies Chroniques*. Paris: Ministère de la Santé et des Solidarités.
- Muir Gray, J.A. (2002) *The Resourceful Patient*. Oxford: eRosetta Press.
- Murray, E., Burns, J., See Tai, S., Lai, R. and Nazareth, I. (2005) Interactive health communication applications for people with chronic disease, *Cochrane Database Syst Rev*, 4: CD004274.
- Murray, M.D., Harris, L.E., Overhage, J.M. et al. (2004) Failure of computerized treatment suggestions to improve health outcomes of outpatients with uncomplicated hypertension: results of a randomized controlled trial, *Pharmacotherapy*, 24: 324–37.
- National Electronic Decision Support Taskforce (2003) *Electronic Decision Support for Australia' Health Sector*. Canberra: Commonwealth of Australia.
- NHS Connecting for Health (2007) <http://www.connectingforhealth.nhs.uk/> (accessed October 2007).
- Nies, J., Colombet, I., Degoutlet, P. and Durieux, P. (2006) Determinants of success of computerized clinical decision support systems integrated in CPOE systems: a systematic review, *AMIA Annu Symp Proc*, 2006: 590–8.
- Noel, H.C., Vogel, D.C., Erdos, J.J., Cornwall, D. and Levin, F. (2004) Home telehealth reduces healthcare costs, *Telemed J e-health* 10: 170–83.
- O'Conno, A.M., Stacey, D., Entwistle, V. et al. (2003) Decision aids can help people take an active role in making informed decisions about healthcare options. *Cochrane Database Syst Rev*, 1: CD001431.
- O'Conn, P.J., Lauren Crain, A., Rush, W.A. et al. (2005) Impact of an electronic medical record on diabetes quality of care, *Ann Fam Med*, 4: 300–6.
- Osheroff, J.A., Pifer, E.A., Teich, J.M., Sittig, D.F. and Jenders, R.A. (2005) *Improving Outcomes with Clinical Decision Support: An Implementer Guide*. Chicago, IL: Healthcare Information and Management Systems Society.
- Park, E.J. (2006) Telehealth technology in case/disease management, *Lippincotts Case Manag* 11: 175–82.
- Plaza, V., Cobos, A., Ignacio-Garcia, J.M. et al. (2005) Cost-effectiveness of an intervention based on the Global INitiative for Asthma (GINA) recommendations using a computerized clinical decision support system: a physicians randomized trial, *Med Clin (Barcelona)*, 124: 201–6.
- Robinson, A. and Thomson, R. (2001) Variability in patient preferences for participating in medical decision making: implication for the use of decision support tools, *Qual Health Care*, 10: i34–8.
- Rollman, B.L., Hanusa, B.H., Lowe, H.J. et al. (2002) A randomized trial using computerized decision support to improve treatment of major depression in primary care, *J Gen Intern Med*, 17: 493–503.
- Scott, J.T., Rundall, T.G., Vogt, T.M. and Hsu, J. (2005) Kaiser Permanente experience of implementing an electronic medical record: a qualitative study, *BMJ*, 331: 1313–16.
- Shea, S., Weinstock, R., Starren, J. et al. (2006) A randomized trial comparing telemedicine case management with usual care in older, ethnically diverse, medically underserved patients with diabetes mellitus, *J Am Med Informat Assoc*, 13: 40–51.
- Solberg, L.I., Scholle, S.H., Asche, S.E. et al. (2005) Practice systems for chronic care: frequency and dependence on an electronic medical record, *Am J Manag Care*, 11: 789–96.
- Tierney, W.M., Overhage, J.M., Murray, M.D. et al. (2005) Can computer-generated evidence-based care suggestions enhance evidence-based management of asthma and chronic obstructive pulmonary disease? A randomized, controlled trial, *Health Serv Res*, 40: 311–15.
- Trowbridge, R. and Weingarten, S. (2001) Clinical decision support systems, in K. Shoja-nia, B. Duncan and K.M. McDonald (eds) *Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices. Evidence Report/Technology Assessment No. 43*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

- Tuffs, A. (2004) Germany plans to introduce electronic health card, *BMJ*, 329: 131.
- Tuffs, A. (2006) Introduction of Germany's electronic health cards is delayed, *BMJ*, 332: 72.
- Turnock, A.C., Walters, E.H., Walters, J.A.E. and Wood-Baker, R. (2005) Action plans for chronic obstructive pulmonary disease, *Cochrane Database Syst Rev*, 4: CD005074.
- Van Weel, C. and Schellevis, F.G. (2006) Comorbidity and guidelines: conflicting interests, *Lancet*, 367: 9510.
- Wagner, E.H., Austin, B.T. and Von Korff, M. (1996) Organizing care for patients with chronic illness, *Milbank Q*, 74: 511–44.
- Warsi, A., Wang, P.S., LaValley, M.P., Avorn, J. and Solomon, D.H. (2004) Self-management education programs in chronic disease. A systematic review and methodological critique of the literature, *Arch Intern Med*, 164: 1641–9.

Оплата медицинской помощи при хронических заболеваниях

Reinhard Busse u Nicholas Mays

Введение

Не существует одного «наилучшего» способа оплаты медицинских услуг, предоставляемых людям с хроническими заболеваниями, однако, без сомнения, методы оплаты оказывают существенное влияние на суть и качество услуг. Эта глава посвящена различным методам и сочетаниям методов оплаты медицинского обслуживания хронических больных, а также стимулам, которые создаются при использовании этих методов. Будут рассмотрены стимулы, направленные на плательщиков, закупщиков услуг, поставщиков услуг (организаций, групп и отдельных работников) и больных. Финансовые стимулы могут служить основными факторами, способствующими изменению поведения поставщиков услуг, больных и других заинтересованных сторон или усиливающими их. Однако сегодня в здравоохранении очень мало стимулов, поощряющих эффективное оказание помощи при хронических заболеваниях, не говоря уже об активном ведении хронических заболеваний. Наоборот, наиболее распространенные схемы оплаты создают ощутимые препятствия. Насколько бы ни были медицинские работники мотивированы на внедрение изменений, улучшающих оказание помощи при хронических заболеваниях, мало кто пойдет против собственных экономических интересов (Leatherman et al. 2003). Поэтому ключевым элементом улучшения помощи при хронических заболеваниях будет разработка и внедрение схем оплаты, которые включали бы соответствующие финансовые стимулы.

Для изучения как действовавших в прошлом, так и ныне существующих механизмов финансирования, а также чтобы сформулировать актуальные для политики предложения по созданию стимулов к повышению качества помощи при хронических заболеваниях, в данной главе используется расширенная трехсторонняя модель, включающая население/плательщиков, поставщиков услуг и финансовых посредников (рис. 9.1). Финансовые

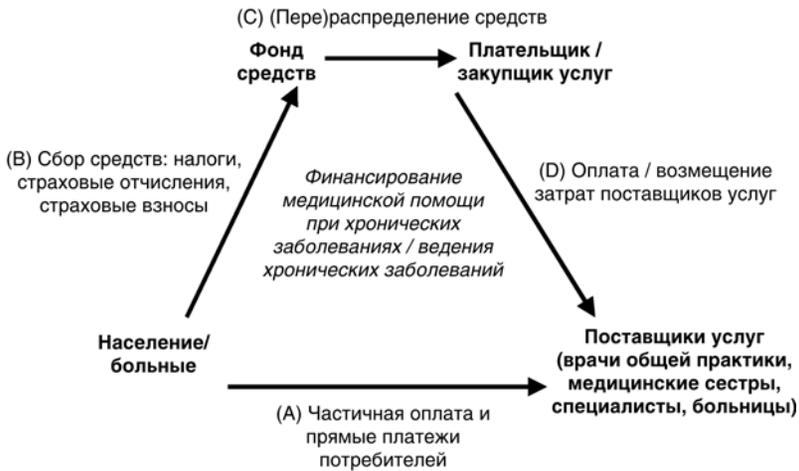


Рисунок 9.1. Финансовые потоки, связанные с оплатой медицинской помощи при хронических заболеваниях.

посредники, как это принято в большинстве стран, подразделяются далее на «сборщиков средств», которые собирают средства и объединяют их для оплаты медицинских услуг, и «плательщиков/закупщиков», которые оплачивают или закупают медицинские услуги для определенных групп населения. Основное внимание уделяется порядку оплаты поставщиков услуг за оказание помощи людям с хроническими заболеваниями. Однако помимо того, как плательщики/закупщики платят поставщикам услуг (связь D), в данной главе исследуются также взаимоотношения пациент — поставщик услуг (A), кроме того, некоторое внимание уделяется переводу средств плательщикам/закупщикам (C), особенно в тех системах, где больные могут их выбирать.

В главе рассматриваются основные причины, по которым плательщики, закупщики, поставщики услуг и больные могут стремиться к использованию методов возмещения затрат для повышения внимания рядовых работников, занятых ведением хронических заболеваний. Рассмотрены основные общие (т. е. не разработанные специально для помощи при хронических заболеваниях) подходы к оплате деятельности поставщиков услуг, включая медицинские учреждения, группы поставщиков и индивидуальных поставщиков услуг, а также обобщаются ключевые примеры из разных стран, в том числе из исследований по отдельным странам, составляющих сопроводительный том к этой книге. Особое внимание уделено описанию так называемой «оплаты по результатам деятельности» и «оплаты с учетом качества» (см. вставку 9.1) на том основании, что они представляют собой новый тип оплаты поставщиков услуг, который широко обсуждается в ряде стран, особенно в США и в Соединенном Королевстве, но может быть актуальным и для многих других стран с высоким доходом. Наконец, в этой главе сделана попытка обобщить имеющиеся данные о влиянии этих подходов на эффективность и рентабельность.

Вставка 9.1. Определения основных терминов

Ведение хронического заболевания. Определяется как подход к лечению хронического заболевания с использованием клинических рекомендаций, основанных на принципах доказательной медицины, мультидисциплинарного подхода к больным, информационных систем для обеспечения хороших результатов при разумных затратах (Couch 1998; см. также главу 4). Как правило, программы ведения хронических заболеваний предусматривают оплату врачам и другим поставщикам услуг за внедрение соответствующих структур и процессов (например, лучшие информационные системы), в том числе плату за изменения в методах оказания помощи.

Оплата по результатам деятельности. Напротив, оплата по результатам деятельности обычно предусматривает плату за конкретные результаты лечения, причем это не обязательно касается лишь хронических заболеваний. Таким образом, эта форма оплаты относится к «финансовым стимулам, которые вознаграждают поставщиков услуг за достижение целей, поставленных плательщиком, включая эффективность оказания услуги, предоставление данных и оценок плательщику и повышение качества помощи и безопасности больного» (McNamara 2006). Этот вид оплаты может применяться в больницах, организациях поставщиков услуг, в отношении врачей общей практики, индивидуально или коллективно, специалистов, в домах престарелых, в отношении тех, кто осуществляет уход по месту жительства, специалистов по реабилитации и, теоретически, может применяться при любом заболевании, за исключением наиболее острых случаев. Оплата по результатам деятельности, таким образом, может рассматриваться как новый компонент более традиционных подходов к ведению хронических заболеваний, которые обычно включают достаточно широкий спектр методов, направленных на повышение качества и экономической эффективности обслуживания.

Оплата с учетом качества. McNamara (2006) определяет оплату с учетом качества (или закупку услуг с учетом качества) как более узкую концепцию, чем «оплата по результатам деятельности», поскольку она обычно не включает экономический компонент (т. е. стимулы по сокращению издержек или росту рентабельности). Вместо этого она «концентрируется лишь на финансовых схемах, которые реализуют четкие финансовые стимулы, поощряющие и наказывающие поставщиков медицинских услуг на основании качества предоставляемой ими помощи». Качество, продолжает McNamara, «может быть привязано к контрольным показателям структурных преобразований (например, инвестиции в информационные технологии), процессам оказания помощи (например, соблюдение клинических рекомендаций) и результатам деятельности, включая технические (снижение смертности после хирургического вмешательства) и удовлетворенность больных полученной помощью», но не к стоимости.

Традиционные формы оплаты медицинских услуг и их влияние на медицинскую помощь при хронических заболеваниях

Прежде чем описывать и анализировать новые методы оплаты медицинской помощи при хронических заболеваниях, необходимо коротко рас-

смотреть основные черты старых (и часто все еще используемых) способов оплаты и их влияние на оказание помощи при хронических заболеваниях.

Оплата / возмещение затрат поставщиков услуг

Традиционно существуют три способа оплаты деятельности врачей и других работников здравоохранения из объединенных фондов (т. е. страховыми компаниями или государством; поток средств D на рис. 9.1): оплата по объему оказанных услуг, подушевая оплата и жалованье. Все три способа применялись на разных уровнях системы здравоохранения в отношении поставщиков услуг, в том числе и за ведение больных хроническими заболеваниями. Однако ни один из этих методов не связывает в достаточной степени стимулы и оптимальное качество помощи при хронических заболеваниях. В сущности, каждый способ создает свои ложные стимулы.

Оплата по объему оказанных услуг означает дополнительные выплаты за каждую оказанную услугу и, как правило, побуждает поставщиков к увеличению числа оказываемых услуг, при условии, что предлагаемая оплата превышает затраты поставщика. Оплата по объему оказанных услуг нацелена на предоставление максимально возможного количества услуг, подлежащих возмещению, что создает стимулы для избыточного использования таких услуг при недостаточном предоставлении услуг, не покрываемых этой схемой, которые могут быть столь же или более рентабельными, например, активное наблюдение за состоянием больных по телефону или с помощью компьютера. Влияние всего этого на качество оказываемой помощи предугадать трудно. С одной стороны, поставщики могут оказывать избыточное количество услуг сомнительной ценности, а с другой, нет стимулов сокращать объем ценных услуг или отказываться в их предоставлении. Оплата по объему оказанных услуг сокращает также стимулы избегать больных, которых сложно лечить, например, с множественными хроническими заболеваниями.

Подушевая оплата означает, что врачи (или другие поставщики услуг здравоохранения) получают фиксированную сумму на предоставление услуг за определенный период времени, независимо от объема услуг, потребленных отдельными больными. Соответственно, это создает стимулы, противоположные стимулам при оплате по объему оказанных услуг, а именно, оказывать каждому больному как можно меньше услуг, поскольку поставщики, которым платят на подушевой основе, несут финансовый риск, а это создает предпосылки для недостаточного оказания услуг. При подушевой оплате врачам выгодно иметь больше больных и для каждого делать меньше, а также избегать потребителей, которые нуждаются в большом количестве услуг, таких как больные с множественными хроническими заболеваниями. Теоретически, некоторые из этих стимулов ослабляются, если больные могут менять поставщика услуг. При наличии выбора поставщикам становится выгодно оказывать качественную помощь, чтобы сохранить больных и доход, но они должны оставаться в рамках бюджета. Если подушевая оплата не учитывает риски (т. е. если поставщики услуг не получают больше за больных с более высокими потребностями в помощи), поставщики не будут заинтересованы в лечении

хронических больных, поскольку затраты на это будут превышать суммы, выплачиваемые за среднестатистического потребителя услуг.

Жалованье обеспечивает поставщику услуг гарантированный доход за определенный период времени независимо от объема выполненной работы. Как результат, у него нет особых стимулов оказывать слишком много или слишком мало услуг. Однако нет и четких стимулов оказывать высококачественную помощь (если только поставщик услуг не работает в организации, конкурирующей с другими организациями за больных или объем деятельности), а ленивый персонал может оказывать недостаточную помощь. Жалованье может быть наиболее нейтральной формой оплаты труда медицинских работников, однако многое зависит от профессиональных норм, мнения коллег и соперничества за показатели деятельности.

Оплата деятельности организаций (особенно больниц) — следующий уровень системы; методы оплаты включают оплату по объему оказанных услуг, оплату по койко-дням, оплату по числу законченных случаев лечения и бюджеты. Оплата по койко-дням (т. е. за сутки пребывания больного в стационаре) была распространенным видом финансирования больниц, особенно в системах с социальным медицинским страхованием. Если ставка за койко-день одина для всех больных, поставщикам услуг выгодно предпочитать менее дорогих больных или держать более дорогих больных дольше, чем нужно, чтобы возместить затраты на них более высокой общей суммой выплат. Поскольку больные хроническими заболеваниями все чаще обслуживаются главным образом амбулаторно, они госпитализируются только при острых осложнениях, что часто делает их «дорогими клиентами», которые при этом механизме финансирования оказываются в невыгодном положении. Оплата по числу законченных случаев лечения, особенно ее разновидность, известная как клинко-статистические группы, обладает иными стимулами. Изначальная система, созданная в США, основывалась только на диагнозе и предполагала, что все больные в любой клинко-статистической группе означают одинаковые расходы для больницы, таким образом, финансовый риск, по сути, делился с поставщиками услуг и, возможно, неоправданно поощрялась ранняя выписка. В европейских странах, таких как Франция, Германия или Нидерланды, адаптированный вариант включает, во-первых, так называемые «отклонения», дающие возможность выплачивать больше за сложные случаи, и, во-вторых, процедуры, проводимые больницей согласно предусмотренной классификации (Busse et al. 2006), что фактически превращает его в гибрид клинко-статистических групп и оплаты по объему оказанных услуг. Госпитализированные больные хроническими заболеваниями должны выигрывать от таких усовершенствований, но им грозит избыточное количество назначений, как при оплате по объему оказанных услуг. В бюджетах учреждений предусмотрены похожие стимулы для тех, кто получает жалованье.

На практике основные варианты методов оплаты часто комбинируются, образуя более сложные системы оплаты, чтобы компенсировать недостатки каждого метода. Например, в США персонал, получающий жалованье, часто получает также дополнительные выплаты или бонусы (например, за лечение запланированного числа больных или за своевременность лечения), чтобы снизить риск того, что они будут предоставлять услуги

недостаточного качества или слишком мало услуг. Подушевая оплата обычно сочетается со стимулами, вознаграждающими качество услуг, жалование — с выплатами по объему деятельности или продуктивности, а оплата по объему оказанных услуг — со стимулами к экономии, такими как доля от прибыли, которую может получить организация-поставщик, или удержание части заработков в зависимости от качества деятельности. Поэтому большой интерес вызывают «смешанные» или «комбинированные» подходы к оплате лечения хронических заболеваний, так же как и других услуг. Многие инициативы в области оплаты по результатам деятельности, а также прямая оплата за предоставление определенных показателей качества или результатов, используют смешанные модели оплаты. Контракт врача общей практики Государственной службы здравоохранения Соединенного Королевства, впервые внедренный в 2004 г., может рассматриваться как контракт со смешанным типом оплаты на основе оплаты по результатам деятельности, который сочетает подушевую оплату, оплату по объему оказанных услуг, оплату инфраструктуры (основные средства и информационные технологии), а также в значительной степени оплату с учетом качества (см. ниже).

Сбор и (пере)распределение средств

Часто упускаются из виду стимулы для плательщиков/закупщиков, связанные с ведением больных хроническими заболеваниями. Они, однако, очень важны для должного функционирования всей системы, особенно в странах, где существует конкуренция среди плательщиков/закупщиков. Можно выделить две основные ситуации: плательщики получают средства напрямую от населения (т. е. потоки средств В и С на рис. 9.1 не разделены) либо плательщики получают денежные средства из накопительных фондов (т. е. из потока средств С на рис. 9.1).

В первом случае средства, переводимые плательщикам, либо будут связаны с риском (что поставит в невыгодное положение хронических больных, которые столкнутся с высокими страховыми взносами) — либо не будут связаны с риском, т. е. с уровнем дохода, либо будут исчисляться на основе усредненных доходов. Это означает одинаковый размер взносов при хронических заболеваниях и без них, но данные из нескольких стран показывают, что затраты примерно 80% застрахованных *ниже* среднего, в то время как остальные 20% имеют затраты выше среднего и высокую степень риска (из них 5% находятся в группе очень высокого риска, и на них приходится 50% затрат). В финансовом отношении страховые организации всегда будут в выигрыше, если постараются избежать (очень) больших рисков. Им невыгодно также обеспечивать высокое качество ведения хронических заболеваний, поскольку есть риск непропорционального привлечения больных, особенно хронических, которые стремятся выиграть от того, что платят средний размер страхового взноса.

Во втором случае привлекательность больных хроническими заболеваниями будет зависеть от того, включена ли в формулу для расчета отчислений средств плательщикам, будь то страховые фонды в системах социального медицинского страхования или местные органы здравоохранения в системах, финансируемых из налогов, распространенность состояния или

хронического заболевания. Большинство формул традиционно включают лишь социодемографические параметры (например, возраст, пол, занятость), иногда с учетом местных вариаций (Busse et al. 2006). В системах, финансируемых из налогов, где нельзя выбрать финансирующую организацию, это может поставить в невыгодное положение регионы с более высокой долей хронических больных, однако намеренного отбора больных с низкими рисками, так называемого «снятия сливок», не происходит. В системах социального медицинского страхования, даже если активный отбор более здоровых людей конкурирующими страховыми фондами невозможен (и не разрешается), отсутствие в формуле распределения риска переменной, учитывающей заболеваемость, означает, что страховым фондам невыгодно вкладывать средства в ведение хронических заболеваний — поскольку успешные программы увеличивают их популярность среди хронически больных, что ведет к финансовым трудностям. Недавно такие страны, как Нидерланды, Бельгия и Германия, обратили на это внимание, включив заболеваемость в качестве одного из факторов в формулы, по которым рассчитывается объем средств, переводимых страховым фондам (Van de Ven et al. 2007).

Распределение затрат и прямые платежи

Последний метод оплаты при лечении хронических заболеваний — прямые платежи потребителей или частичная оплата (поток средств А на рис. 9.1). В большинстве систем здравоохранения частичная оплата медицинских услуг или сборы с потребителей сложились исторически и редко создавались, имея в виду медицинскую помощь при хронических заболеваниях. В целом частичная оплата затрудняет качественное лечение хронических заболеваний, особенно для более бедных людей, которые обычно подвергаются большему риску, так как частичной оплате часто подлежат лекарственные средства, необходимые для качественного лечения. В метаанализе данных по распределению затрат между 1985 и 2006 гг. (Goldman et al. 2007) сделан вывод, что повышение уровня частичной оплаты ведет к снижению потреблению лекарственных средств, ухудшению соблюдения режима лекарственной терапии и более частым прекращениям лечения. Крупное исследование, проведенное корпорацией RAND в 1980-х гг., Эксперимент в области медицинского страхования, продемонстрировало, что распределение затрат сокращало число *уместных* и необходимых посещений врача и профилактическую деятельность, а не только ненужных посещений врача, что отрицательно сказывалось на остроте зрения (Lurie et al. 1989), артериальном давлении (Keeler et al. 1985) и выживаемости в группе высокого риска (Brook et al. 1983).

Тем не менее, различные виды доплат потребителей в системах, где они широко распространены, могут применяться, чтобы побуждать пациентов либо участвовать в программах ведения хронических заболеваний, либо искать поставщиков услуг, готовых следовать протоколам ведения или стандартам лечения конкретных заболеваний (в табл. 9.2 приведены примеры использования схем этого типа для поддержки ведения хронических заболеваний). Эффективность таких схем зависит от того, считают ли больные снижение прямых платежей или меньший размер страховых

взносов признаком снижения качества и ценности услуг, или реагируют в основном на ценовые сигналы, поэтому их привлекают такие программы.

Программы ведения хронических заболеваний: обоснование, роль стимулов и предпосылки

Есть три основные причины, по которым программы ведения хронических заболеваний вышли на первый план для плательщиков и/или закупщиков в ряде очень разных систем здравоохранения.

Во-первых, за последние 40–50 лет резко изменились клинический профиль и потребности больных. Люди с множественными хроническими заболеваниями сегодня норма. К сожалению, модели оплаты во многих системах здравоохранения были созданы в период, когда преобладало лечение острых заболеваний, и не подходят для современной структуры заболеваемости.

Во-вторых, согласно большинству исследований, часть больных не получает соответствующего высококачественного лечения и может стать объектом врачебных ошибок. Как результат, плательщики хотят улучшить качество обслуживания, видя в этом способ сдерживания растущих расходов здравоохранения. Ощущение финансового «кризиса» в некоторых системах здравоохранения, угрожающего их устойчивости, способствовало стремлению к лучшим методам лечения хронических заболеваний.

В-третьих, хорошо известно, что медицинские работники, особенно врачи, откликаются на финансовые стимулы. Опыт также показал, что простое предоставление поставщикам услуг сравнительной информации о качестве деятельности, а также другие более традиционные образовательные подходы к повышению качества лишь довольно умеренно и постепенно влияют на деятельность врачей. Там, где требуются быстрые изменения, скорость, возможно, удастся повысить, добавив финансовые стимулы к стимулам, связанным с репутацией, создаваемым публичной доступностью информации (для плательщиков, больных или и тех, и других).

Специалисты отмечают важность внутренней мотивации и беспокоятся, что, связав финансовое вознаграждение с выполнением определенных действий, можно нарушить профессиональную мотивацию и гибкость; в то же время администраторы и финансирующие организации склонны подчеркивать важность внешней мотивации в повышении качества услуг. Скорее всего, для повышения качества нужны и внешние, и внутренние стимулы, причем они должны быть тщательно сбалансированы. Эта глава посвящена внешним стимулам повышения качества помощи при хронических заболеваниях, в то время как другие главы исследуют иные пути повышения мотивации.

Спектр причин, по которым сегодня так популярно стремление к новым механизмам оплаты более качественного ведения хронических заболеваний, означает, что у разных систем и плательщиков будут разные цели при внедрении новых методов.

Предпосылки, описанные ниже, основываются на теоретических разработках и опыте, накопленном на данный момент, а не на строгой оценке, поскольку такая оценка разных подходов часто недостаточна (см. ниже). До сих пор есть разногласия по поводу того, что считать необходимыми-

ми клиническими чертами хорошего ведения хронических заболеваний или других моделей помощи (Singh and Nam 2006; см. также главу 4). Тем не менее можно определить многие из более общих организационных признаков систем, необходимых, чтобы обеспечить шансы на успех ряда различных подходов к ведению хронических заболеваний.

Данные, представленные в главе 3, показывают, что любая чистая прибыль для финансирующих организаций от большинства программ ведения хронических заболеваний обычно появляется лишь через пять лет после начального вложения средств. На самом деле, плюсы того, что удалось избежать тяжелых осложнений, часто становятся ощутимыми через восемь—десять лет (Eastman et al. 1997). Это означает, что *постоянство заинтересованности в пациентах со стороны фондов и страховых организаций* и, следовательно, поставщиков услуг (через регистрацию пациентов), скорее всего, является одной из самых важных предпосылок эффективности систем оплаты.

Учитывая, что выгоды и снижение затрат, как правило, появляются лишь через несколько лет, заслуживает внимания то, что в большинстве частных систем медицинского страхования, таких как в США, клиенты в среднем остаются в одной страховой компании лишь около трех лет. До сих пор дело обстояло иначе в системах социального медицинского страхования, где выбор больничных фондов и конкуренцию между страховыми компаниями начали стимулировать только сейчас, как это происходит в Германии или Нидерландах; но количество отказов от программ ведения заболеваний (Германия) или растущая тенденция менять страховые фонды (в Нидерландах) показывают, что в этих странах это тоже может стать значимым. В результате большинство программ ведения хронических заболеваний не привлекают индивидуальных страховщиков как хороший объект вложения средств.

Хотя, как показано в главе 3, ведение хронических заболеваний (например, сахарного диабета) может быть очень хорошим вложением средств с социальной точки зрения в связи с уменьшением осложнений, повышением связанного со здоровьем качества жизни, долгосрочной экономией средств вследствие сокращения потребления услуг и периодов времени, на протяжении которых выплачиваются пособия по инвалидности, и другими преимуществами, например, ростом производительности труда. Существует серьезное противоречие между слабой мотивацией индивидуальных страховщиков и сильной социальной мотивацией для ведения хронических заболеваний. Работодатели могут выиграть от этого, но вряд ли будут активно вкладывать средства, если не уверены, что получают стабильную рабочую силу.

Качественные программы ведения хронических заболеваний рискуют также привлечь непропорциональное количество более больных людей, что еще сильнее оттолкнет страховые компании и поставщиков услуг от таких программ. Это означает, что там, где можно выбирать страховые компании, больничные фонды или поставщиков услуг, что способствует достаточно быстрой ротации клиентов/больных, может понадобиться отдельная система финансирования программ ведения хронических заболеваний — возможно, из государственных средств, для обеспечения социально рентабельного уровня ведения. С этой точки зрения выдвинутый в Нидерландах план побудить к конкуренции частные страховые компании,

предлагающие клиентам пакеты по ведению хронических заболеваний, чтобы позднее они могли предлагать более низкие страховые взносы, представляется наивным или, в лучшем случае, не даст стабильных результатов, пока больные свободно перемещаются между страховыми компаниями (Klein-Lankhorst and Spreuwenberg 2008). Другим подходом в системах социального страхования с несколькими больничными фондами или страховыми компаниями является разработка сложной формулы выравнивания рисков и внедрения процессов для перераспределения средств между страховыми компаниями или больничными фондами по мере того, как больные меняют страховую компанию, а также стимулирование страховщиков брать на себя ответственность за людей с хроническими заболеваниями (поток средств C на рис. 9.1). Это, однако, крайне сложно осуществить технически.

Даже в системах, финансируемых за счет налогов, или системах социального страхования с единственной страховой организацией, которые во многом гораздо лучше приспособлены к поддержке длительного ведения хронических заболеваний, любая значимая ступень регресса может способствовать тому, что местные «страховщики» (т. е. органы, планирующие и закупающие услуги) будут смотреть вперед лишь на краткий срок и обеспечивать в основном неотложное лечение в соответствии с текущими требованиями, а не вкладывать средства в ведение хронических заболеваний, где выгода будет более отдаленной. Для этого вполне могут существовать более общие политические причины (например, сокращение времени ожидания для плановых хирургических вмешательств вместо вложения средств в программы ведения хронических заболеваний), поскольку правительство отчитывается о своих действиях за сравнительно короткий период времени.

Опыт внедрения программ ведения хронических заболеваний показывает, что есть ряд других требований, важных для эффективности механизмов оплаты.

- Возможность заранее выявить и сгруппировать больных по тяжести состояния (т. е. выравнивание рисков для точной оценки показателей деятельности, см. ниже) и требованиям к уровню помощи (т. е. выравнивание рисков по уровням подушевых затрат), а также следить за изменениями в состоянии здоровья больных с течением времени настолько, насколько качество и результаты связаны с оплатой.
- Наличие общепринятых, основанных на доказательствах, рекомендаций, руководств или протоколов, определяющих «приемлемость» и «рентабельность» помощи для разных людей, а также возможность внедрить эти рекомендации и протоколы.
- Разработка тщательно отобранных с учетом степени риска показателей деятельности, так, чтобы улучшение этих показателей вело к измеримому улучшению здоровья охваченных программой больных. Это обычно показатели процесса или качества, поскольку показатели результатов не содержат конкретной информации о том, что должны изменить поставщики услуг для улучшения результатов, и зачастую на их улучшение требуется слишком много времени (см. выше). Показатели должны находиться как можно ближе к концу причинно-следственной цепочки от процессов к результатам (Chassin 2006).

- Необходимы системы, которые позволят измерить и оценить структуру, качество процесса и, где это важно, результаты уже после оказания помощи.
- Мотивация врачей и другого персонала давать больным возможность заниматься ведением своих хронических заболеваний и поддерживать их в этом: совместный подход к ведению хронических заболеваний, в том числе активное участие больных в самопомощи и поощрение соблюдения больными режима лечения через различные формы организации помощи. Обычно это обеспечивают бригады первичной медицинской помощи, а значит, чаще всего в системах с хорошо развитым первичным медицинским обслуживанием.
- Необходимы интегрированные гибкие кадровые ресурсы, которые хотят и могут выйти за профессиональные границы, обычные организационные структуры и рабочие навыки в ответ на финансовые стимулы и новые механизмы оплаты (Rechel et al. 2006).

Количество и разнообразие этих предпосылок объясняет, почему результаты внедрения схем оплаты разочаровывают или являются неустойчивыми.

Отдельные стимулы, направленные на улучшение помощи, в первую очередь при хронических заболеваниях

В табл. 9.1 изложены основные способы, с помощью которых финансирующие организации могут поддержать оказание помощи надлежащего качества при хронических заболеваниях. Финансовые стимулы могут применяться к структурам, процессам и результатам лечения и должны рассматриваться в их связи с другими, нефинансовыми мерами или стимулами.

В настоящее время большинство финансовых стимулов в странах с высоким доходом, помимо США, связаны со структурой или процессом оказания помощи. Только в Соединенном Королевстве контракт врача общей практики Государственной службы здравоохранения включает ряд выплат, нацеленных на достижение определенных результатов (см. ниже). В целом, наблюдается постепенный отход от методов, которые просто учитывают наличие больных хроническими заболеваниями (или тех, кто может страдать хроническими заболеваниями) при финансировании закупщиков или поставщиков услуг, в сторону финансовых стимулов, разработанных, чтобы стимулировать определенные изменения в структуре и процессах на уровне поставщиков услуг (например, программа поддержки первичной помощи в Австралии (Glasgow et al. 2008)).

Исследования, посвященные отдельным странам с высоким доходом, собранные в сопроводительном томе, дают ряд примеров основных типов оплаты и стимулов, в настоящее время применяемых в сфере помощи при хронических заболеваниях (Durand-Zaleski and Obrecht 2008; Glasgow et al. 2008; Jiwani and Dubois 2008; Karlberg 2008; Klein-Lankhorst and Spreuwenberg 2008; Schiotez et al. 2008; Siering 2008; Singh and Fahey 2008).

Таблица 9.1. Цели финансовых стимулов и других видов регулирования медицинской помощи при хронических заболеваниях

<i>В центре внимания</i>	<i>Цель финансовых стимулов</i>	<i>Цель других актуальных видов регулирования</i>
Структура	Внедрить ПВЗ; привлечь в ПВЗ больных. Внедрить «интегрированные» формы оказания помощи (главным образом пакеты услуг, которые выходят за границы учреждений и секторов)	Внедрить системы управления качеством на местах. Детализировать структурные требования. Внедрить системы сбора информации
Процесс	Обеспечить участие больных в ПВЗ в течение заданного периода времени. Удостовериться в следовании протоколам лечения, определенным для ПВЗ (например, встречи с определенным медицинским работником в течение <i>x</i> месяцев). Достичь заранее определенных целевых показателей процесса (например, доля больных, получающих определенный препарат)	В обязательном порядке внедрять стандарты, основанные на принципах доказательной медицины (т. е. клинические рекомендации). Внедрить или сделать обязательными целевые показатели для оценки качества процесса. Достичь соглашения о минимальном объеме услуг
Результат	Достичь заранее определенных целей (например, доля больных с исходом <i>x</i>) или наградить <i>y</i> % поставщиков услуг с наилучшими результатами по определенному показателю	Внедрить или сделать обязательными целевые показатели, касающиеся исходов лечения и/или удовлетворенности больных

ПВЗ — программа ведения заболевания.

Наиболее заметные примеры финансовых стимулов в этой группе стран сведены в табл. 9.2 и разбиты на группы в соответствии с моделью финансовых потоков, показанной на рис. 9.1. В большинстве стран с высоким доходом политика сосредоточена в основном на стимулах для поставщиков услуг, учитывая важную роль медицинских работников, особенно врачей, в определении того, как больные используют медицинские услуги (между плательщиками/закупщиками и поставщиками услуг; финансовый поток D на рис. 9.1).

В следующем разделе описываются примеры новых методов оплаты в странах, рассматриваемых в этой книге и описываемых в сопроводительном томе, дополненные описанием опыта США в отношении «оплаты по результатам деятельности» в рамках программы Медикэр.

Стимулы для поставщиков услуг

Австралийская Программа стимулов для врачей первичной помощи и выплат за улучшение медицинского обслуживания

После серии экспериментов, проведенных в 1990-х гг. в области планирования мультидисциплинарной помощи и координированного лече-

Таблица 9.2. Примеры финансовых стимулов при ведении хронических заболеваний в некоторых странах с высоким доходом

Финансовые потоки (см. рис. 9.1)	Финансовые стимулы для поддержки ведения хронических заболеваний (больные и услуги) в разных странах с высоким доходом		Мишень: результат
	Мишень: процессы	Мишень: структуры	
От больного к постав- щику услуг (A)	Нет частичной оплаты ус- луг, связанных с их забо- леваниями (например, ЛДЗ для 30 главным об- разом хронических забо- леваний до 2004 г.) (FRA).	Льготы по ЛДЗ предоставляются только при разработанном и согла- сованном протоколе лечения для каждого больного (FRA, с 2004 г.). Частичная оплата может быть сни- жена или отменена, если больные вовлечены в ПВЗ (DEU).	Льготы по ЛДЗ, только если протокол лечения представляется каждому врачу при каждом посещении (FRA). Сниженный потолок частичной оплаты, только если больной со- блюдает режим лечения (DEU, с 2007 г.)
	Более низкий годовой потолок частичной опла- ты (DEU).	Оплата дополнительных услуг (на- пример, обучение больных) для тех, кто охвачен ЛДЗ/ПВЗ.	
За определенные препа- раты частичная оплата снижается при наличии веских показаний (FRA)	Большим хроническими заболева- ниями или со сложными потребно- стями в соответствии с планом лечения возвращаются деньги за пять связанных медицинских услуг в год (например, осмотр стоп) (AUS)		

Таблица 9.2 (продолжение). Примеры финансовых стимулов при ведении хронических заболеваний в некоторых странах с высоким доходом

Финансовые потоки (см. рис. 9.1)	Финансовые стимулы для поддержки ведения хронических заболеваний (больные и услуги) в разных странах с высоким доходом	Мишень: <i>больные хроническими заболеваниями</i>	Мишень: <i>структуры</i>	Мишень: <i>результаты</i>
От большого к фондам средств (В)	Снижение взносов максимум на 10% для застрахованного по групповым контрактам (например, хронические больные) (NDL)	Страховые компании заинтересованы в том, чтобы предлагать снижение страховых взносов участникам ПВЗ (NDL), но это еще не внедрено		
От фонда средств к плательщику / закупщику услуг (С)	Формула (пере)распределения средств между страховщиками учитывает индивидуальные критерии заболеваемости (т. е. подушевые выплаты, скорректированные с учетом индивидуальных рисков) (NDL, DEU с 2009 г.)	Формула (пере)распределения средств учитывает участие большого в ПВЗ: большие фонды получают <i>больше</i> за больших, зарегистрированных в ПВЗ, и <i>меньше</i> — за тех, кто в них не зарегистрирован, что побуждает фонды предлагать ПВЗ (DEU)		

Таблица 9.2 (окончание). Примеры финансовых стимулов при ведении хронических заболеваний в некоторых странах с высоким доходом

Финансовые потоки (см. рис. 9.1)	Финансовые стимулы для поддержки ведения хронических заболеваний (больные и услуги) в разных странах с высоким доходом	Мишень: <i>больные хроническими заболеваниями</i>	Мишень: <i>структуры</i>	Мишень: <i>результаты</i>
От плательщика/закупщика к поставщикам услуг (D)	Пробное финансирование за «год лечения» для полного пакета услуг в области ведения хронических заболеваний, необходимых людям с хроническими состояниями (например, на основе утвержденных «путей лечения» сахарного диабета) (DNK, GBR)	Бонус для врачей за каждого больного за регулирование направления больных хроническими заболеваниями к специалистам и за разроботку протоколов лечения (FRA). Бонус за привлечение в ПБЗ и ведение соответствующей документации (DEU). 1% от общего бюджета здравоохранения выделен на интегрированную медицинскую помощь (DEU).	Баллы за достижение целевых показателей процесса (GBR, контракт ВОП). Выплаты по ПСВ и ВУО за достижение заданного качества и критериев обслуживания при хронических заболеваниях за год лечения (например, при сахарном диабете) (AUS). Дополнительные услуги (например, обучение больного самопомощи) оплачиваются только в том случае, если врачи и больные участвуют в ПБЗ (DEU)	Баллы за достижение целевых показателей отношений (GBR, контракт ВОП)
		Баллы за достижение структурных целей (GBR, контракт ВОП). Выплаты ВОП за общее планирование помощи, обсуждение случаев, создание регистров больных хроническими заболеваниями (AUS, ПППП). Дополнительные услуги (например, обучение больных самопомощи) оплачиваются только в том случае, если врачи и больные участвуют в ПБЗ (DEU)		

ВОП – врач общей практики; ВУО – выплаты за улучшение медицинского обслуживания; ЛДЗ – «льготы по длительным заболеваниям» («Affections de longue durée»); ПБЗ – программа ведения заболевания; ПППП – Программа поддержки первичной помощи; ПСВ – программа стимулов для врачей первичной помощи; AUS – Австралия; DEU – Германия; DNK – Дания; FRA – Франция; GBR – Соединенное Королевство; NDL – Нидерланды.

ния, Федеральное правительство Австралии в 1999 г. представило Программу поддержки первичной медицинской помощи (ЕРС), цель которой — усилить вовлеченность врачей и медицинских сестер общей практики, а также работников смежных профессий здравоохранения в структурированное и координированное лечение на основе Модели оказания помощи при хронических заболеваниях (см. главу 4) (Glasgow et al. 2008). Позже в рамках этой программы, где основным методом оплаты является оплата по объему оказанных услуг — обычный метод оплаты для врачей общей практики и сопутствующих служб в Австралии, были внедрены элементы оплаты по результатам деятельности и выплаты за улучшение медицинского обслуживания. В рамках Программы стимулов для врачей первичной медицинской помощи и выплат за улучшение медицинского обслуживания врачам общей практики платят в зависимости от того, соответствует ли их деятельность критериям качества и обслуживания при хронических заболеваниях (Glasgow et al. 2008). Выплаты, связанные с результатами деятельности, обычно составляют менее 10% дохода практики.

Программа выплат за улучшение медицинского обслуживания при сахарном диабете предусматривает выплаты врачам за каждого больного, завершившего годичный цикл лечения, куда входят измерение уровня гликозилированного гемоглобина А1с, артериального давления, уровня липидов крови, веса, оценка поведенческих факторов риска и обследование на наличие осложнений, а также за долю больных сахарным диабетом на участке практики, которые завершили годичный цикл лечения. К 2006 г. более 90% лицензированных врачебных практик участвовали в Программе стимулов для врачей первичной помощи; из них 70% получали выплаты за улучшение медицинского обслуживания, причем половина достигла целевых показателей в отношении результатов лечения. Внедрение этих программ сопровождалось в начале 2000-х гг. улучшением качества помощи больным сахарным диабетом, хотя неизвестно, было бы это достигнуто в любом случае или нет.

Контракт врача общей практики Государственной службы здравоохранения Соединенного Королевства

В 2004 г. одним из новшеств в контракте врачей общей практики Государственной службы здравоохранения в Соединенном Королевстве стало то, что врачи вознаграждаются за оказание услуг с конкретными параметрами, которые, как считается, связаны с качеством лечения и организации помощи (Roland 2004; Smith and York 2004). Контракт затрагивает вопросы, связанные с качеством, по двум аспектам. Во-первых, он выдвигает ряд связанных с качеством требований, которые врачи должны выполнить для заключения контракта (например, наличие у практики информационного буклета для больных, системы рассмотрения жалоб больных, политики в области безопасности и системы обеспечения качества). Во-вторых, он содержит систему финансовых стимулов для повышения качества лечения и организации помощи. Традиционно, финансирование врачей общей практики Государственной службы здравоохранения основывается на числе больных, зарегистрированных на участке данной практики, хотя существовали исключения, например, выплаты за достижение определенных показателей при обследовании на рак шейки матки и иммуниза-

ции детей. Сейчас выплаты за качество составляют существенную долю финансирования (обычно 25% от дохода практики), дополняя подушевую оплату и выплаты за инфраструктуру.

Качество деятельности оценивается с использованием Системы оценки качества и результатов деятельности, специально разработанной для этой цели. В центре ее внимания — четыре основных компонента, один из которых (клинические стандарты) прямо связан с медицинским обслуживанием больных десятью хроническими заболеваниями: ИБС, инсультом или преходящей ишемией мозга, артериальной гипертонией, сахарным диабетом, ХОБЛ, эпилепсией, злокачественными опухолями, психическими заболеваниями, гипотиреозом и бронхиальной астмой (вставка 9.2).

В 2006–2007 гг. были добавлены другие показатели, охватывающие сердечную недостаточность, паллиативное лечение, деменцию, депрессию, ХПН, мерцательную аритмию, ожирение, задержки в развитии, курение и делавшие более выраженный упор на профилактику. Тремя другими компонентами оценки качества являются организационные стандарты качества (в пяти областях), мнение больных (длительность приема и результаты опросов больных) и предоставление дополнительных услуг (в четырех областях: обследование на рак шейки матки, охрана детского здоровья, охрана материнства и контрацепция). Каждый компонент оценивается с помощью обширного списка показателей (в целом свыше

Вставка 9.2. Система оценки качества и результатов деятельности в контракте врачей общей практики Государственной службы здравоохранения Соединенного Королевства

Система оценки качества и результатов деятельности, цель которой — достижение клинических стандартов качества, разработана на базе наилучших имеющихся на сегодня данных. Чтобы связать выплаты с достижением стандартов качества, была разработана система баллов с изначальным максимумом 1050 (сейчас 1000). Максимальное число баллов для каждого показателя связано с соответствующим объемом деятельности. На 80 клинических показателей в 19 областях приходится 66% общего количества баллов, которые может набрать практика. Больше всего баллов можно получить за ИБС (121), артериальную гипертонию (105) и сахарный диабет (99).

Для клинических показателей число набранных баллов подчиняется простой линейной зависимости от результата между возможным минимумом и максимумом. Напротив, для организационных показателей или показателей мнения больных баллы начисляются по принципу «да/нет». Например, за контроль артериального давления при сахарном диабете (т. е. снижение показателей артериального давления до 145/85 мм рт. ст. и ниже) максимально можно получить 17 баллов. Пока этого показателя не достигнет 25% больных, баллы не начисляются; максимальная доля больных, которой нужно достичь, составляет 55%. Если практика достигает целевого артериального давления у 55% больных сахарным диабетом, по данному показателю будет начислен максимум. Если цель достигнута, скажем, лишь у 30% больных, практика получит для этого показателя только 2,8 балла; т. е. пять (30%–25%) тридцатых (55%–25%) от 17.

150), оценивающих качество деятельности (некоторые примеры приведены в табл. 9.3).

Этот подход не директивен; каждая практика вправе сама решать, в каких областях качества сосредоточить усилия и к каким целям стремиться. Однако контракт предусматривает небольшие бонусы за более широкий подход к повышению качества в добавление к описанным выше стимулам, вознаграждающим глубину подхода.

В первый год нового контракта средняя врачебная практика достигала 83% от максимального общего числа баллов (Doran et al. 2006), что превысило правительственный прогноз. Во второй год показатели даже возросли, средняя практика получила 87% от максимального числа баллов. На третий год (2006–2007 гг.) показатели еще выросли, составив 95% от максимального числа баллов для врачебных практик (Information Centre 2007).

В 2006 г. система была модифицирована, отчасти из-за ощущения, что поставленных целей слишком легко достичь. Все минимальные и некоторые максимальные пороговые величины, за которые начислялись баллы, были увеличены. Тридцать показателей были убраны или изменены, и введено 18 новых клинических областей (например, депрессия), чтобы придать больший вес таким областям, как психическое здоровье, которому, как считалось, уделялось недостаточное внимание в рамках Системы оценки качества и результатов деятельности. Наиболее сложным вопросом, касающимся Системы, остается следующий: действительно ли она обеспечивает лучшее качество лечения или просто вознаграждает успешное выполнение определенных действий и полноту записей (см. ниже). Поскольку выплаты зависят от числа набранных врачебной практикой баллов, Система оценки качества и результатов деятельности не является

Таблица 9.3. Примеры показателей, целевых значений и количества баллов при ведении хронических заболеваний согласно контракту врача общей практики Государственной службы здравоохранения Соединенного Королевства

<i>Тип</i>	<i>Показатель</i>	<i>Баллы</i>	<i>Целевой диапазон</i>
Структурный	Практика создает регистр больных, перенесших инсульт или преходящую ишемию мозга (STROKE1)	4	Да/нет
Процесс	Доля больных, перенесших инфаркт миокарда, в данный момент получающих ингибитор АПФ (CHD11)	7	25–70%
Результат	Доля больных сахарным диабетом, у которых при последнем измерении артериальное давление было 145/85 мм рт. ст. и меньше (DM12)	17	25–55%
Результат	Доля больных в возрасте 16 лет и старше, получающих противоэпилептическую терапию, у которых не отмечалось приступов в последние 12 мес, из зарегистрированных в последние 15 мес (EPILEPSY4)	6	25–70%

Источник: British Medical Association 2003.

игрой с нулевым исходом и привела к росту расходов на общую практику в Государственной службе здравоохранения. Те, кто показал лучшие результаты, вознаграждались не за счет менее успешных практик.

Финансирование за «год лечения»

Финансирование за «год лечения» является «пакетным» подходом к оплате лечения хронических заболеваний на основе принципов управляемой медицинской помощи в США, но адаптированной к условиям Государственной службы здравоохранения Соединенного Королевства; его цель — способствовать непрерывности и интеграции всех видов медицинской помощи в течение согласованного периода времени (один год). Государственная служба здравоохранения определяет этот подход как «постоянное лечение, которое человек с хроническим заболеванием должен получить в течение года, включая поддержку самопомощи, и которое может быть затем оценено и оплачено. Это вовлекает людей в планирование лечения, позволяя им выбрать составляющие «пакета услуг», наиболее отвечающие их нуждам» (Centre for Clinical Management Development 2007).

Объем финансирования при этом подходе подсчитывается с использованием подушевой формулы выравнивания рисков, основанной на вероятном потреблении ряда необходимых медицинских услуг в течение 12 мес для людей с определенными диагнозами. Метод финансирования за «год лечения» был разработан для больных сахарным диабетом и рядом психических заболеваний; в настоящее время он применяется в пробном режиме и оценивается.

Демонстрационный проект по оплате по результатам деятельности в рамках программы Медикэр в США

Инициатива по введению оплаты по результатам деятельности в рамках программы Медикэр в США включала ряд пилотных демонстрационных проектов, сначала в десяти групповых практиках с широкой специализацией, внедрение которых началось в 2005 г., хотя есть планы расширения проекта на индивидуальные и небольшие групповые практики с меньшим числом вспомогательного персонала и более узким кругом специальностей. Практики обычно финансируются по объему оказанных ими услуг, но в дополнение к этому существуют финансовые стимулы за более качественное оказание помощи при хронических заболеваниях. Все средства, которые удастся сэкономить на обычных расходах с помощью улучшения результатов лечения или сокращения расходов на лечение больных дорогостоящими заболеваниями, такими как сахарный диабет, сердечная недостаточность и ХОБЛ, практики делят в соотношении 80:20 с Центрами Медикэр и Медикэйд. В середине трехлетнего эксперимента отмечались обнадеживающие улучшения в выявлении практиками клиентов Медикэр с хроническими, затратными заболеваниями и в ликвидации пробелов в их лечении, что позволяет избежать дорогостоящих госпитализаций (Klein 2006). Практики, участвующие в эксперименте, принимают решение о вложении их собственных средств в системы, необходимые для поиска больных и дальнейшего наблюдения за ними, в расчете на то, что это может дать значительную экономию средств. Они сравниваются с контрольной группой подходящих больных в том же географическом регионе, обслуживаемых другими практиками. Если групповая практика

получает бонус за экономию, часть этого бонуса увязывается с качеством деятельности практики по ряду целевых показателей, чтобы избежать накопления сэкономленных только за счет снижения качества помощи средств.

Стимулы для плательщиков и закупщиков

Схема компенсации структуры рисков

Примеры стимулов в области ведения хронических заболеваний, направленных на плательщиков и закупщиков, сравнительно малочисленны. Тем не менее в 2002 г. в Германии, где больные могут свободно выбирать некоммерческий больничный фонд, формула, используемая для перераспределения доходов между фондами с целью обеспечить справедливость финансирования согласно вероятным затратам на обслуживание их клиентов, была усовершенствована так, чтобы обеспечить дополнительное финансирование клиентов, участвующих в программе ведения хронического заболевания (первоначально ограничены сахарным диабетом, раком молочной железы, бронхиальной астмой и ИБС и подвержены минимальной стандартизации) (Busse 2004; Siering 2008). Теперь больные хроническими заболеваниями не создают дефицит для больничных фондов, а являются относительно привлекательными. Несмотря на разногласия между больничными фондами и ассоциациями врачей относительно того, в чем заключаются минимальные стандарты для программ по ведению хронических заболеваний и необходимой документации по лечению, эта реформа привела к быстрому росту в предложении больничными фондами программ ведения заболеваний и увеличению числа охваченных ими больных, хотя критики возражают, что эта схема не обеспечивает для больничных фондов стимулы повышать качество помощи людям с хроническими заболеваниями, а лишь привлекать их к участию и в результате получать повышенную компенсацию.

Стимулы для больных

Схемы финансовых стимулов, направленных напрямую на больных для поддержки ведения хронических заболеваний, также относительно редки. Например, в Государственной службе здравоохранения Соединенного Королевства схемы, включающие дифференцированные совместные платежи, до сих пор расценивались как политически неприемлемые. Однако во Франции и в Германии применение совместных платежей является более обычным делом. В Германии частичная оплата может быть снижена или полностью отменена для тех, кто участвует в программах ведения некоторых хронических заболеваний. Больные, выбравшие участие в программах ведения хронических заболеваний, имеют также доступ к дополнительным услугам, закрытым для других, а для тех, кто соблюдает протоколы ведения хронических заболеваний, возможно дальнейшее снижение уровня частичной оплаты (Siering 2008). Во Франции больные освобождаются от частичной оплаты при ведении хронических заболеваний, если предъявляют ранее согласованный протокол лечения при каждом посе-

шении врача (Durand-Zaleski and Obrecht 2008). Оценки этих схем пока не опубликованы.

Другой теоретический подход к изменению того, сколько платят больные, с целью стимулировать их вовлеченность в ведение хронических заболеваний и улучшение доступа к нему, может заключаться в снижении страховых отчислений (в частном страховании и системах социального страхования) в ответ на участие в прошедших оценку программах ведения хронических заболеваний. Это может сочетаться со снижением размера частичной оплаты за определенные услуги (см. А и В на рис. 9.1).

Данные о влиянии различных методов оплаты

В этом разделе приведен обзор данных по различным схемам (финансовых) стимулов, направленных на улучшение ведения хронических заболеваний, которые описаны в предыдущем разделе.

Качественных исследований различных методов оплаты, направленных на повышение качества или эффективности лечения хронических заболеваний (т. е., в особенности оплата по результатам деятельности и закупки с учетом качества) удивительно мало, несмотря на сильную заинтересованность в применении для повышения качества медицинской помощи. Лучшие данные получены из США и, следовательно, для использования в других условиях должны интерпретироваться с осторожностью. Более того, многие данные относятся к отдельным исследованиям финансовых схем, а не к строгим сравнительным исследованиям, поэтому открывается широкое поле для дискуссий, посвященных относительной эффективности схем; тому, как они работают; какие компоненты программ наиболее действенны; при каких обстоятельствах те или иные подходы будут лучше; лучший размер, частота и длительность стимулов; должны ли стимулы быть направлены на тех, кто показал наилучшие результаты, на тех, кто улучшил свои показатели, или же должны соответствовать абсолютному стандарту; сколько областей деятельности следует затрагивать одновременно; как финансовые стимулы взаимодействуют с другими инструментами повышения качества (например, стимулы, связанные с репутацией, которые создаются, скажем, при публикации информации о деятельности в системах, где больные могут выбирать поставщиков); соотношение расходов на программы и выгод от них; характер препятствий и факторов, помогающих эффективным подходам.

В то время как в более ранних обзорах всякий раз делали вывод, что информации об эффективности различных способов оплаты медицинской помощи при хронических заболеваниях, включая оплату по результатам деятельности, недостаточно (Eichler et al. 2001; Gosden et al. 2001; Institute of Medicine 2001; Dudley et al. 2004), данные одного из последних обзоров, сделанных Petersen et al. (2006), говорят о том, что оплата по результатам деятельности обладает некоторым положительным влиянием, особенно если его тщательно отслеживать. Однако Frølich et al. (2007) продолжают сомневаться: «оплата по результатам деятельности и публичные сообщения о качестве деятельности, предназначенные для повышения качества, сейчас используются по всему миру. Несмотря на это, исследований, показывающих, улучшают ли эти стимулы качество, относительно мало. Мы

нашли очень мало эмпирических данных, на которых можно основывать разработку программ финансовых стимулов, отсутствие общих теоретических моделей того, как должны работать эти стимулы, и отсутствие связи между опубликованными исследованиями и теорией».

Несмотря на рост объема информации в последнее время, мало данных о том, достижение каких целей и стандартов в деятельности поставщиков услуг следует поощрять; какие, по типам и величине, финансовые стимулы и их комбинации необходимы для каждого уровня изменений; как должны быть структурированы выплаты; на какой уровень должны быть нацелены стимулы (т. е. планы медицинского обслуживания целиком, интегрированные организации, предлагающие услуги по ведению заболеваний (например, посвященные конкретному заболеванию), групповые практики и партнерства врачей, индивидуальные медицинские бригады или врачи, больные или те или иные комбинации перечисленного). В целом признано, что схемы стимулов не должны опираться исключительно на показатели исходов на уровне больных, а включать большинство оценок качества, касающихся структуры и процесса деятельности. Это связано с тем, что исходы хронических заболеваний обычно зависят от ряда факторов, включая участие больных в лечении и соблюдение ими режима лечения, что программы ведения хронических заболеваний полностью контролировать не в состоянии. Соответственно, выплаты за качество деятельности должны в большей степени зависеть от структур и процессов, чем от исходов на уровне больных, поскольку достигнутые результаты не всегда напрямую отражают качество услуг (Beich et al. 2006).

Очевиден растущий интерес к различным путям изменений методов оплаты, нацеленным на повышение результативности и экономической эффективности лечения, в том числе при хронических заболеваниях. Это привело к появлению большего числа демонстрационных схем и увеличило масштаб эмпирических исследований, особенно в США, чтобы возместить относительную скудость оценочных исследований. В результате появились некоторые предварительные оценки ряда различных подходов к финансовым стимулам.

Закупка услуг с учетом качества

Агентство по качеству в здравоохранении проанализировало данные из США по эффективности и возможностям схем, нацеленным на повышение качества лечения, в основе которых как влияние на репутацию, так и уровень оплаты (Dudley et al. 2004). Выявлено восемь очень разных пробных оценок, посвященных схемам выплат, основанных на качестве деятельности, в каждой из которых использовались разные финансовые стимулы и разные показатели качества. Схемы были преимущественно посвящены профилактике, и лишь одна была специально направлена на оказание помощи при хронических заболеваниях. В четырех исследованиях стимулы были направлены на индивидуального медицинского работника, в оставшихся четырех — на группу медицинских работников, либо сразу на то и другое. Среди исследований, в которых стимулы были направлены на отдельных поставщиков услуг, пять имели положительные результаты и два — отрицательные. Среди исследований, где целью

стимулов была или могла быть группа поставщиков услуг, был один положительный результат и два отрицательных (термин «положительный» обозначал эффект в желаемом направлении (т. е. стимул работал), а «отрицательный» – что существенного влияния стимула на результаты не отмечено). В семи исследованиях стимулы были направлены на врача. Среди девяти оценивавшихся зависимых переменных для пяти показана значимая связь со стимулом в желаемом направлении, для четырех после введения стимула значимых изменений не найдено. Одно исследование было посвящено фармацевтам, и в нем достигнут положительный результат.

Не найдено стойкой взаимосвязи между величиной стимула и откликом на него, хотя исследования были настолько неоднородны, что это неудивительно. Среди исследований, посвященных оплате по объему оказанных услуг, четыре дали положительный результат и одно – отрицательный. Среди исследований, посвященных бонусам, два дали положительный результат и три – отрицательный. Семь исследований было посвящено профилактике, причем оценивались девять зависимых переменных. Среди них пять дали положительный результат и четыре – отрицательный. Одно исследование, посвященное помощи при хронических заболеваниях, дало положительный результат. В целом, обнаружено, что стимулы, направленные на качество деятельности, более эффективны, когда выбранный показатель требует меньшего сотрудничества со стороны больших (например, иммунизация или ответы на вопросы о курении), чем в тех случаях, когда нужен значительный уровень их сотрудничества (например, отказ от курения).

Авторы делают вывод, что на сегодня имеется мало неоспоримых данных, на которых можно основывать стратегии закупок услуг с учетом качества, но есть некоторые данные о том, что эффективными могут оказаться как финансовые стимулы, так и стимулы, влияющие на репутацию. Они предположили, что, с определенной осторожностью, в число показателей деятельности, используемых для закупки услуг с учетом критериев качества, можно включить показатели исходов, а не только показатели структуры и процесса деятельности.

Инициативы, связанные с оплатой по результатам деятельности в США

Несмотря на то, что опубликованные к настоящему моменту исследования не содержат однозначных данных, они дают положительные в целом результаты, связанные с оплатой по результатам деятельности на уровне отдельных больниц, страховых программ или крупных, интегрированных сетей медицинского обслуживания. К сожалению, нередко до сих пор невозможно определить, какой аспект вмешательств создает преимущества по сравнению с остальными, и отсутствует информация по рентабельности вмешательств (Galvin 2006).

Petersen et al. (2006) предлагают, возможно, наиболее свежий систематический обзор данных по явным финансовым стимулам и улучшениям в оценках качества. Они выделили 17 исследований, в 13 из которых оценивались показатели качества процесса оказания услуг, в основном для про-

филактических услуг. Только в двух исследованиях сравнивались виды стимулов (бонусы против усовершенствованной оплаты по объему оказанных услуг). Только пять исследований были посвящены больным хроническими заболеваниями. В одном система выплат использовалась, чтобы побудить квалифицированный персонал домов престарелых обслуживать пожилых больных хроническими заболеваниями и улучшать их здоровье так, чтобы как можно большее число можно было выписать домой (положительное влияние системы бонусов). Во втором исследовании система выплат использовалась, чтобы побудить медицинских работников предлагать услуги молодым людям, злоупотребляющим алкоголем или наркотиками, имеющим психологические проблемы и криминальное прошлое (чтобы предотвратить «снятие сливок» в системе, предлагающей дополнительное финансирование за более эффективные и рентабельные услуги). В третьем исследовании местные центры психического здоровья поощрялись к ведению больных по месту жительства (частичное влияние оплаты по объему оказанных услуг). В четвертом исследовании группы поставщиков услуг поощрялись за обследование больных сахарным диабетом на уровень гликозилированного гемоглобина A1c (частичное влияние бонуса на одного человека в месяц, если ожидаемый уровень достигнут или превзойден). В последнем исследовании отдельные врачи поощрялись за достижение в отношении больных сахарным диабетом целей, связанных с качеством и основанных на показателях процесса и исхода лечения (например, сывороточный уровень ЛПНП и холестерина ЛПНП, осмотр сетчатки) (частичное влияние бонусов, выплачиваемых за достижение или превышение индивидуальных целей и величины обобщенного показателя качества).

В пяти из шести исследований, посвященных финансовым стимулам на уровне врачей, и в семи из девяти исследований, посвященных стимулам на групповом уровне, было найдено частичное или положительное влияние на показатели качества. В одном из двух исследований, посвященных стимулам на уровне систем оплаты, найдено положительное влияние на доступность лечения, но в других обнаружены признаки «снятия сливок», показывающие, что доступ к лечению мог ухудшиться. Авторами не найдено исследований, посвященных длительности применения стимулов или постоянству эффектов после отмены стимулов. По рентабельности найдено лишь одно исследование, которое как раз касалось больных хроническими заболеваниями. В нем найдено, что сочетание стимулов может улучшить доступ больных в дома престарелых и результаты предоставляемого там лечения, а также сэкономить 3000 \$ (1978 €) на каждой госпитализации в такое учреждение. Но, в связи со структурой финансирования, сэкономленные средства могут не поступать в программу Медикэйд, оплачивающую стимулы.

В настоящее время исследования поднимают и другие важные вопросы, особенно о подробностях внедрения инициатив, связанных с оплатой по результатам деятельности (Hackbarth 2006).

- Финансовые стимулы, направленные на качество деятельности, скорее всего, стоит разрабатывать, однако при этом требуется большая осторожность, поскольку есть некоторые данные о реакции на них, которая обратна ожидавшейся (т. е. излишняя сосредоточенность на тех задачах

или областях качества, которые связаны со стимулом, восприятие их как азартной игры или представление отчетов об улучшениях без реального улучшения качества).

- Задачи любой схемы должны быть четко определены, особенно если целью является повышение качества деятельности там, где оно ниже всего, повышение среднего качества, увеличение доли поставщиков услуг, достигающих стандартов, или поощрение лучших.
- Сбор информации, необходимой для программ оплаты по результатам деятельности, может быть дорогостоящим, а данные не всегда точно отражают деятельность (например, для обоснованных сравнений поставщиков услуг друг с другом необходимы подробные клинические данные).
- Поставщики услуг используют значительные ресурсы, пытаясь добиться связанных со стимулами выплат (Chassin 2006); соответственно, программы дороги в пересчете на время, затраченное поставщиками услуг.
- Используемые в программах стимулов показатели деятельности нужно выбирать с большой осторожностью, чтобы быть уверенным в том, что они связаны с улучшением здоровья, поскольку поставщики услуг направляют свои усилия по повышению качества на те области, которые могут помочь им заработать дополнительные выплаты (Chassin 2006). Стимулы, сочетающие оценки качества с точки зрения процесса и результата (например, предоставление советов по отказу от курения и число бросивших курить), могут смягчить недостатки, присущие каждому подходу по отдельности (т. е. показатели процесса более подвержены «игровому отношению», а показатели исхода могут не быть чувствительны к качеству лечения, поскольку могут отчасти быть неподконтрольны поставщикам услуг).
- Величина стимулов, вероятно, важна, хотя объем эмпирических данных по этой теме незначителен, поэтому трудно установить, какая часть доходов поставщиков должна при таких схемах подвергаться риску. В этих обстоятельствах кажется разумным не предлагать излишне высоких стимулов.
- Постоянные стимулы могут иметь большее влияние, чем, например, бонусы, которые выплачиваются в конце года.
- Одних финансовых стимулов недостаточно, чтобы повысить качество помощи — стимулы должны влиять на рядовой персонал, чтобы изменить то, что они делают с больными и для больных, а это означает, что персонал должен знать, что именно, касающееся структуры его деятельности и процесса оказания помощи, надо изменить.
- Влияние финансовых стимулов обычно невелико на уровне групп поставщиков (или больниц), но несколько больше на уровне отдельных медицинских работников, скорее всего потому, что отдельные люди не могут получить полную выгоду от собственных усилий при схемах, действующих на более высоких уровнях. Тем не менее, данные исследований, посвященных Модели оказания помощи при хронических заболеваниях (Bodenheimer et al. 2002a, 2002b), говорят о том, что мультидисциплинарные бригады показывают лучшие результаты, и это означает, что стимулы на уровне бригад могут быть разумным компромиссом. Опыт Управления по делам ветеранов США дает возможность предположить, что стимулы для групп поставщиков могут быть эффективными

даже без крупных денежных стимулов для врачей при условии жесткого наблюдения за качеством деятельности и сравнения показателей разных групп поставщиков услуг (Kerr and Fleming 2007).

Наконец, у Petersen et al. (2006) предложено интересное теоретическое обоснование оплаты по результатам деятельности, связанное с информационной асимметрией, которая, как обычно считается, заключена в самой сути медицинской помощи. Они доказывают, что, так как спрос со стороны больных может быть относительно невосприимчив к техническому качеству клинической помощи, поскольку большинство больных не в состоянии заметить или оценить квалификацию медицинского персонала, финансовые стимулы, вознаграждающие высокое качество, должны способствовать защите интересов больных, независимо от уровня их осведомленности о качестве поставщика.

Оценка Системы оценки качества и результатов деятельности в Соединенном Королевстве

Система оценки качества и результатов деятельности была введена в апреле 2004 г., когда качество лечения многих распространенных хронических заболеваний в общих практиках Соединенного Королевства уже стабильно улучшалось (Campbell et al. 2005). За четыре года с момента ее введения, Система показала две вещи: щедро финансируемые программы оплаты по результатам деятельности могут быть популярны среди врачей общей практики и работающего на них персонала; такие программы акцентируют внимание медицинских работников на аспектах лечения, связанных со стимулами. Критики доказывают, что выгода от Системы оценки качества и результатов деятельности мала в сравнении с затраченными средствами, поскольку она просто щедро вознаграждает практики за то, что они уже делают в области ведения хронических заболеваний, платит за активность, необязательно связанную с улучшением здоровья, и вознаграждает лучше организованные практики только лишь за улучшение ведения записей, а не за оказание помощи. Тем не менее независимая оценка качества лечения трех распространенных хронических заболеваний (стенокардии, сахарного диабета и бронхиальной астмы) в Системе оценки качества и результатов деятельности с использованием анализа медицинских карт в репрезентативной выборке практик, а не данных Системы, четко указывает, что качество (независимо от того, стоит ли оно затраченных денег) продолжало улучшаться после 2004 г., когда были введены стимулы Системы, причем для бронхиальной астмы и сахарного диабета – быстрее, чем прежде. Например, доля больных ИБС с уровнем холестерина сыворотки ниже 5,0 ммоль/л поднялась с 18% в 1998 г. до 61% в 2003 г., но в конце первого года после введения Системы оценки качества и результатов деятельности составила 71%. Доля больных сахарным диабетом, у которых уровень гликозилированного гемоглобина A1c был ниже 7,4 ммоль/л, повысилась с 38% в 1998 г. до 40% в 2003 г., но составила 58% через 12 мес работы Системы.

Отмечена также статистически значимая разница в улучшениях между областями деятельности, которые связаны со стимулами Системы оценки качества и результатов деятельности, и теми, которые с ними не связаны, что предполагает некоторую причинно-следственную связь между Системой и качеством медицинской помощи (Campbell et al. 2007). Авторы за-

ключают, что оплата по результатам деятельности — полезное средство, дополняющее другие подходы к повышению качества при лечении хронических заболеваний.

Однако общие практики в регионах с худшей социально-экономической обстановкой достигали меньшего и получали меньше за тот же уровень достижений (Guthrie et al. 2006), хотя различия между практиками в более и менее благополучных регионах были невелики (Doran et al. 2006) и с течением времени среди практик в менее благополучных регионах отмечались признаки «наверстывания» (Ashworth et al. 2007). Кроме того, в неблагополучных регионах больные реже регистрировались в практиках и поэтому реже имели возможность выиграть от повышения качества.

Выявленные улучшения в качестве деятельности, вероятно, являются следствием лучшей организации лечения на уровне практик, в особенности более систематического подхода к оказанию помощи, которое характерно для более крупных практик (Wang et al. 2006). Это проявляется по-разному, например, в виде более эффективных повторных осмотров тех, у кого выявлены факторы риска хронических заболеваний, что означает более качественное последующее наблюдение или более широкое использование протоколов лечения, в том числе форм для записи результатов консультаций, что ведет к более полной документации процесса оказания помощи и более фокусированным и эффективным клиническим визитам. Система оценки качества и результатов деятельности стимулирует также расширение роли медицинских сестер в секторе первичной помощи. Наконец, отмеченное повышение качества не могло бы быть достигнуто без хорошо развитой инфраструктуры информационных технологий во всей системе общих практик Соединенного Королевства, позволяющей практикам понять, с чего они начинали до нового контракта.

Выводы

Страны и системы здравоохранения отличаются по тому, насколько общие характеристики систем поддерживают или ослабляют усилия по разрыванию и поддержке медицинской помощи больным хроническими заболеваниями. В самых общих словах, с наибольшими сложностями системы сталкиваются при попытке изменить механизмы финансирования, сделав их более подходящими для эффективного лечения хронических заболеваний, если в данной системе есть традиция свободного выбора больными поставщиков услуг, мало развитая либо отсутствующая система регистрации у определенных поставщиков или финансирование по объему оказанных услуг как преобладающий метод возмещения затрат. Это — следствие того, что такие системы препятствуют непрерывности медицинского обслуживания или концентрации поставщиков услуг на группе больных. Многие из наиболее широко обсуждавшихся подходов к ведению хронических заболеваний крайне сложно внедрить в таких фрагментированных, использующих оплату по объему оказанных услуг системах.

В системах с хорошо развитой первичной помощью ведению больных хроническими состояниями скорее будет уделено большее внимание, и достигнуты лучшие результаты в этой области. Например, для Соединенного Королевства, по сравнению с другими странами со сходными условиями,

характерны довольно хорошие результаты при таких хронических заболеваниях, как бронхиальная астма и сахарный диабет (Nolte et al. 2006). Не является совпадением и то, что Государственная служба здравоохранения Соединенного Королевства в последние годы сумела разработать некоторые из наиболее инновационных методов повышения качества и улучшения исходов лечения хронических заболеваний в международном масштабе, поскольку там имеется хорошо развитая система первичной помощи, регистрация больных у врачей общей практики, направление к специалистам через врачей общей практики и опыт оплаты амбулаторного лечения в соответствии со смешанным контрактом, включающим элементы подушевой оплаты, оплаты по объему оказанных услуг и целевых выплат.

Другим распространенным препятствием к обеспечению качественной помощи при хронических заболеваниях является тенденция некоторых систем здравоохранения отдельно оплачивать лечение определенных заболеваний (опять-таки отход к тому времени, когда разумным было допущение, что у большинства больных в конкретный момент времени имеется единственное заболевание, требующее внимания медицинских работников). В сущности, в большинстве стран программы ведения хронических заболеваний вводятся для каждого заболевания отдельно (Anderson and Knickman 2001). Но на самом деле хронические заболевания образуют непрерывную совокупность (т. е. от людей из групп риска, не имеющих симптомов, до тех, у кого имеется целый ряд хронических заболеваний), и взаимосвязь между хроническими заболеваниями (и их факторами риска) становится все очевиднее.

Еще одним, сходным и распространенным препятствием, связанным с фрагментацией системы, является тенденция во многих системах платить разным работникам здравоохранения по отдельности, что поддерживает традиции независимой, индивидуальной практики. Эффективная помощь людям с хроническими заболеваниями в значительной степени зависит от деятельности мультидисциплинарных бригад, но данные системы оплаты часто этому препятствуют. Например, успеху Программы поддержки первичной помощи в Австралии препятствовало то, что выплаты за вовлечение больных хроническими заболеваниями в планирование лечения и обсуждение случаев предусмотрены только для врачей общей практики, но не для других медицинских работников, чье участие важно для эффективного ведения больных.

В ответ на эти препятствия руководители здравоохранения и финансирующие организации все чаще ищут пути объединения разных бюджетов и источников финансирования разных видов деятельности и разных типов медицинских работников, чтобы методы оплаты были более ориентированы на больного, вместо того, чтобы платить разным медицинским работникам за их деятельность по отдельности (например, Исследование по координированной помощи в Австралии и создание организаций первичной медицинской помощи с подушевым финансированием в Новой Зеландии с 2001 г.). Началась также разработка «смешанных» или «комбинированных» подходов к оплате медицинского обслуживания при хронических заболеваниях, которые стремятся сохранять плюсы и смягчать недостатки каждого из видов оплаты. Многие инициативы в области оплаты по результатам деятельности используют сочетание методов оплаты, включая прямые выплаты за обеспечение определенных показателей ка-

чества или результатов. Например, Goroll et al. (2007) предложили альтернативу преобладающему методу оплаты, основанному на посещениях больных и объеме оказанных услуг, характерному для США, в виде сочетания комплексных подушевых выплат, скорректированных с учетом риска, включая выплаты за инфраструктуру и координацию лечения, а также скорректированные с учетом риска бонусы за качество деятельности для того, чтобы смягчить недостатки, характерные для подушевой оплаты.

В этой главе основное внимание было уделено находящимся в последнее время в центре внимания инициативам в области оплаты по результатам деятельности, таким как контракт врачей общей практики 2004 г. Государственной службы здравоохранения Соединенного Королевства и нынешние демонстрационные программы Центров Медикэр и Медикэйд в США. Показано, что финансовые стимулы, побуждающие поставщиков услуг к желаемым действиям, могут оказаться эффективными для повышения качества медицинской помощи при хронических заболеваниях. Однако объем оценок в этой области все еще довольно мал, учитывая многочисленные сложности, связанные с разработкой систем оплаты, особенно тех, которые включают элементы оплаты по результатам деятельности. Например, практически нет исследований, где величина финансовых стимулов меняется, с целью установить наличие зависимости эффекта от дозы или оценить издержки поставщиков услуг в процессе достижения целей, связанных с качеством, в программах ведения хронических заболеваний. Кроме того, пока не разработана теоретическая модель того, как должны работать финансовые стимулы в области оплаты по результатам деятельности, и какие факторы будут усиливать или снижать их влияние (Frølich et al. 2007).

В этих обстоятельствах разработка политики должна быть осторожной. Например, нельзя предполагать, что финансовые элементы в схемах оплаты по результатам деятельности всегда являются для медицинских работников основным стимулом к изменению своей деятельности (Marshall and Harrison 2005). Профессионалами движут не только деньги. Врачи и другие медицинские работники реагируют на стимулы, связанные с репутацией, особенно при опубликовании информации об их деятельности, хотя денежное вознаграждение остается существенным рычагом. Есть также обширные психологические данные о том, что избыточное применение внешних стимулов, особенно финансовых, может «вытеснить» внутреннюю мотивацию делать работу хорошо в области, не являющиеся объектом поощрений извне. Это означает дополнительные предостережения: оплата по результатам деятельности не должна составлять чересчур значительную часть вознаграждения типичного поставщика услуг и, по возможности, показатели качества деятельности должны поддерживаться той группой медицинских работников, на которых эти показатели нацелены, и совпадать с их представлениями о том, что должно включать в себя качественное медицинское обслуживание.

Литература

Anderson, G. and Knickman, J. (2001) Changing the chronic care system to meet people's needs, *Health Aff*, 20: 146–60.

- Ashworth, M., Seed, P., Armstrong, D., Durbaba, S. and Jones, R. (2007) The relationship between social deprivation and the quality of primary care: a national survey using indicators from the UK Quality and Outcomes Framework, *Br J Gen Pract*, 57: 441–8.
- Beich, J., Scanlon, D., Ulbrecht, J., Ford, E. and Ibrahim, I. (2006) The role of disease management in pay-for-performance programs for improving the care of chronically ill patients, *Med Care Res Rev*, 63(Suppl 1): 96S–116S.
- Bodenheimer, T., Wagner, E. and Grumbach, K. (2002a) Improving primary care for patients with chronic illness, *JAMA*, 288: 1775–9.
- Bodenheimer, T., Wagner, E. and Grumbach, K. (2002b) Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2, *JAMA*, 288: 1909–14.
- British Medical Association (2003) *Investing in General Practice. The New General Medical Services Contract*. London: British Medical Association. <http://www.bma.org.uk/ap.nsf/content/investinggp> (accessed 19 December 2007).
- Brook, R., Ware, J., Rogers, W. et al. (1983) Does free care improve adults health? Results from a randomized controlled trial, *N Engl J Med*, 309: 1426–34.
- Busse, R. (2004) Disease management programmes in Germany statutory health insurance system, *Health Aff*, 23: 56–67.
- Busse, R., Schreyögg, J. and Smith, P. (2006) Hospital case payment systems in Europe, *Health Care Manag Sci*, 9: 211–13.
- Campbell, S., Roland, M., Middleton, E. and Reeves, D. (2005) Improvements in the quality of clinical care in English general practice 1998–2003: longitudinal observational study, *BMJ*, 331: 1121–3.
- Campbell, S., Reeves, D., Kontopantelis, E. et al. (2007) Quality of primary care in England with the introduction of pay for performance, *N Engl J Med*, 357: 181–90.
- Centre for Clinical Management Development (2007) *Definition of Year of Care*. Durham: Durham University. <http://www.dur.ac.uk/ccmd/yoc/definition/> (accessed 13 March 2008).
- Chassin, M. (2006) Does paying for performance improve the quality of health care? *Med Care Res Rev*, 63(Suppl 1): 122S–5S.
- Couch, J. (1998) Disease management: an overview, in J. Couch (ed.) *The Health Professional Guide to Disease Management: Patient-centered Care for the 21st Century*, pp. 1–28. Boston, MA: Jones & Bartlett.
- Doran, T., Fullwood, C., Gravelle, H. et al. (2006) Pay-for-performance programs in family practices in the United Kingdom, *N Engl J Med*, 355: 375–84.
- Dudley, R., Frolich, A., Robinowitz, D. et al. (2004) *Strategies to Support Quality-based Purchasing: A Review of the Evidence*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Durand-Zaleski, I. and Obrecht, O. (2008) France, in E. Nolte, C. Knai and M. McKee (eds) *Managing Chronic Conditions: Experience in Eight Countries*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Eastman, R., Javitt, J., Herman, W. et al. (1997) Models of complications of NIDDM. II. Analysis of the health benefits and cost-effectiveness of treating NIDDM with the goal of normoglycaemia, *Diabetes Care*, 20: 685–6.
- Eichler, R., Auxila, P. and Pollock, J. (2001) Promoting preventive health care: paying for performance, in Haiti, in P. Brook and S. Smith (eds) *Contracting for Public Services: Output-based Aid and its Applications*. Washington DC: World Bank.
- Frolich, A., Talavera, J., Broadhead, P. and Dudley, R. (2007) A behavioural model of clinician responses to incentives to improve quality, *Health Policy*, 80: 179–93.
- Galvin, R. (2006) Evaluating the performance of pay for performance, *Med Care Res Rev*, 63(Suppl 1): 126S–30S.
- Glasgow, N., Zwar, N., Harris, M., Hasan, I. and Jowsey, T. (2008) Australia, in E. Nolte, C. Knai and M. McKee (eds) *Managing Chronic Conditions: Experience in Eight Countries*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Goldman, D., Joyce, G. and Zheng, Y. (2007) Prescription drug cost sharing:

- Associations with medication and medical utilization and spending and health, *JAMA*, 298: 61–9.
- Goroll, A., Berenson, R., Schoenbaum, S. and Gardner, L. (2007) Fundamental reform of payment for adult primary care: comprehensive payment for comprehensive care, *J Gen Intern Med*, 22: 410–15.
- Gosden, T., Forland, F., Kristiansen, I. et al. (2001) Impact of payment method on behaviour of primary care physicians: a systematic review, *J Health Serv Res Policy*, 6: 44–55.
- Guthrie, B., McLean, G. and Sutton, M. (2006) Workload and reward in the Quality and Outcomes Framework of the 2004 general practice contract, *Br J Gen Pract*, 56: 836–41.
- Hackbarth, G. (2006) Commentary, *Med Care Res Rev*, 63(Suppl 1): 117S–21S.
- Information Centre (2007) *National Quality and Outcomes Framework Statistics for England 2006/07*. London: Information Centre. <http://www.ic.nhs.uk/webfiles/QOF/2006-07/QOF%202006-07%20Statistical%20Bulletin.pdf> (accessed 10 December 2007).
- Institute of Medicine (2001) *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: National Academy Press.
- Jiwani, I. and Dubois, C. (2008) Canada, in E. Nolte, C. Knai and M. McKee (eds) *Managing Chronic Conditions: Experience in Eight Countries*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Karlberg, I. (2008) Sweden, in E. Nolte, C. Knai and M. McKee (eds) *Managing Chronic Conditions: Experience in Eight Countries*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Keeler, E., Brook, R., Goldberg, G., Kamberg, C. and Newhouse, J. (1985) How free care reduced hypertension in the health insurance experiment, *JAMA*, 254: 1926–31.
- Kerr, E. and Fleming, B. (2007) Making performance indicators work: experiences of US Veterans Health Administration, *BMJ*, 335: 971–3.
- Klein, S. (2006) Medicare P4P demo pushes physician care for chronically ill, *Commonwealth Fund Newsletter*, Vol. 20. New York: The Commonwealth Fund. http://www.cmwf.org/publications//publications_show.htm?doc_id=402822.
- Klein-Lankhorst, E. and Spreeuwenberg, C. (2008) The Netherlands, in E. Nolte, C. Knai and M. McKee (eds) *Managing Chronic Conditions: Experience in Eight Countries*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Leatherman, S., Berwick, D., Iles, D. et al. (2003) The business case for quality: case studies and an analysis, *Health Aff*, 22: 17–30.
- Lurie, N., Kamberg, C., Brook, R., Keeler, E. and Newhouse, J. (1989) How free care improved vision in the health insurance experiment, *Am J Public Health*, 79: 640–2.
- Marshall, M. and Harrison, S. (2005) It's about more than money: financial incentives and internal motivation, *Qual Saf Health Care*, 14: 4–5.
- McNamara, P. (2006) Foreward: payment matters? The next chapter, *Med Care Res Rev*, 63(Suppl 1): 5S–10S.
- Nolte, E., Bain, C. and McKee, M. (2006) Diabetes as a tracer condition in international benchmarking of health systems, *Diabetes Care*, 29: 1007–11.
- Petersen, L., Woodard, L., Urech, T., Daw, C. and Sookanan, S. (2006) Does pay-for-performance improve the quality of health care? *Ann Intern Med*, 145: 265–72.
- Rechel, B., Dubois, C.-A. and McKee, M. (2006) *The Health Care Workforce in Europe: Learning From Experience*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe on behalf of European Observatory on Health Systems and Policies.
- Roland, M. (2004) Linking physicians pay to the quality of care: a major experiment in the United Kingdom, *N Engl J Med*, 351: 1448–54.
- Schiotz, M., Frolich, A. and Krasnik, A. (2008) Denmark, in E. Nolte, C. Knai and M. McKee (eds) *Managing Chronic Conditions: Experience in Eight Countries*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Siering, U. (2008) Germany, in E. Nolte, C. Knai and M. McKee (eds) *Managing Chronic*

- Conditions: Experience in Eight Countries*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Singh, D. and Fahey, D. (2008) England, in E. Nolte, C. Knai and M. McKee (eds) *Managing Chronic Conditions: Experience in Eight Countries*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Singh, D. and Ham, C. (2006) *Improving Care for People with Long-term Conditions. A Review of UK and International Frameworks*. Birmingham: University of Birmingham, NHS Institute for Innovation and Improvement.
- Smith, P. and York, N. (2004) Quality incentives: the case of UK general practitioners, *Health Aff*, 23: 112–18.
- Van de Ven, W., Beck, K., van de Voorde, C., Wasem, J. and Zmora, I. (2007) Risk adjustment and risk selection in Europe: 6 years later, *Health Policy*, 83: 162–79.
- Wang, Y., O'Donnell, C., Mackay, D. and Watt, G. (2006) Practice size and quality attainment under the new GMS contract: a cross-sectional analysis, *Br J Gen Pract*, 56: 830–5.

ВОПЛОТИТЬ В ЖИЗНЬ

Ellen Nolte u Martin McKee

Введение

Действенный ответ на растущее бремя хронических заболеваний будет возможен только в системе здравоохранения, которая способствует развитию и внедрению структурированных подходов к ведению таких состояний. Сейчас накоплено много эмпирических данных, поддерживающих интуитивную уверенность в том, что фрагментация услуг затрудняет внедрение необходимых интегрированных стратегий (Busse 2004; Epping-Jordan et al. 2004; Segal et al. 2004). Тем не менее, даже если основная структура системы здравоохранения благоприятна, например, имеется хорошо развитая система первичной медицинской помощи, все равно остаются преграды, которые нужно устранить во всех областях медицинской помощи (Calnan et al. 2006).

В данной, заключительной, главе исследуются существующие проблемы и ищутся пути их решения. Мы начинаем с обзора данных по препятствиям на пути координации и интеграции. Затем исследуем различные подходы, применяемые в разных странах для устранения этих препятствий: описываем тенденции в разных секторах здравоохранения, опираясь на подробные исследования, посвященные разным странам, представленные в сопроводительном томе к данной книге (Nolte et al. 2008). Мы стремимся понять эти тенденции, обращая внимание на то, что служит побудительной причиной тех или иных политических мер, на общую картину, стоящую за ними, и на представления и заинтересованность тех, кто формирует политику, стремясь увидеть, как все это влияет на результирующие стратегии. Таким образом мы стремимся выявить факторы, способствующие внедрению успешных методов в области помощи при хронических заболеваниях, и препятствующие этому.

Потребность в новых моделях оказания помощи

Данная публикация наглядно демонстрирует, почему традиционная модель медицинской помощи при острых заболеваниях плохо приспособлена к долгосрочным, постоянно меняющимся потребностям больных хро-

ническими заболеваниями, и почему в результате необходимы новые модели медицинского обслуживания, характеризующиеся сотрудничеством и кооперацией между медицинскими работниками и учреждениями, которые традиционно работали раздельно. Растущее осознание этой необходимости (Воегта 2006) побуждает многие страны изучать новые подходы к предоставлению медицинских услуг, которые могут объединить разобщенные профессии, медицинских работников и учреждения и, таким образом, обеспечить больным должную поддержку.

Основной проблемой является координация помощи. Больные ценят координацию медицинского обслуживания, видя в ней важный компонент качества в целом (Calnan et al. 2006), особенно при наличии хронических нарушений здоровья и сложных потребностей (Alazri et al. 2006; Turner et al. 2007). Недавний опрос, посвященный опыту больных в семи странах, показал, что как минимум три четверти взрослых считали важным наличие места, где их знают, и где им могут помочь с координацией лечения (Schoen et al. 2007). Пока лишь половина больных с хроническими заболеваниями (примерно 60% в Австралии и Новой Зеландии) сообщила о наличии у них доступа к врачу или другим источникам помощи, где им могут на постоянной основе помочь координировать те услуги, в которых они нуждаются («медицинский дом») (рис. 10.1). Важно, что довольно многие обращались сразу к нескольким поставщикам услуг и секторам медицинской помощи, от 25% (Новая Зеландия) до 55% (Германия) сообщали о том, что в предшествующий год обращались к нескольким специалистам — отражение недостаточного медицинского обслуживания.

В главе 6 сделан обзор накопившихся к нынешнему моменту данных о том, что поддержка больных в сфере самопомощи улучшает клинические и другие результаты (Singh 2005; Zwar et al. 2006), хотя это зависит также от

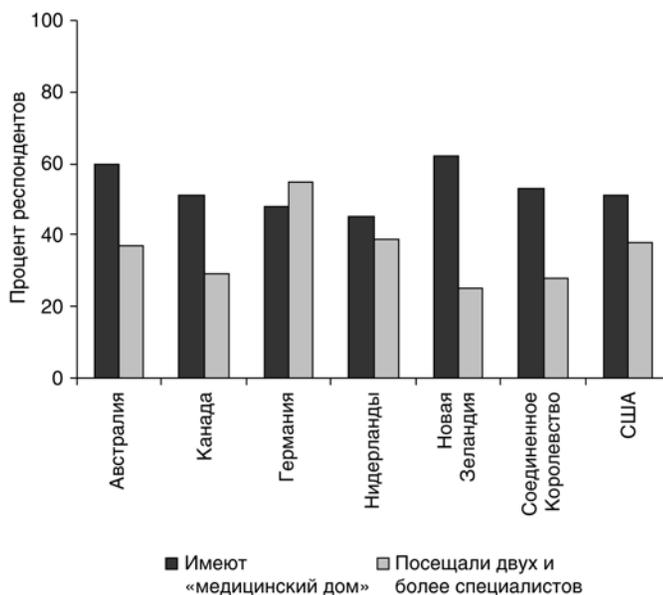


Рисунок 10.1. Опыт больных хроническими заболеваниями семи стран.

Источник: Schoen et al. (2007), с изменениями.

конкретного заболевания. Однако проведенный в семи странах опрос показал, что лишь небольшая часть больных с хроническими нарушениями здоровья получает письменные инструкции о том, как самим дома заниматься ведением своего заболевания — чуть больше 20% в Германии, 33% в Канаде, Нидерландах и Новой Зеландии, 40% в Австралии и несколько более 50% в США (Schoen et al. 2007). Еще тревожнее то, что от 15 до 20% взрослых с хроническими заболеваниями сообщили о том, что получали от разных поставщиков услуг противоречивую информацию.

Заслуживает внимания то, что недостатки в координации лечения отмечены не только в странах, традиционно характеризующихся фрагментарностью систем, таких как США, Австралия и Германия, но также и в тех, которые известны своей хорошо развитой первичной помощью (Нидерланды, Новая Зеландия, Соединенное Королевство). В этих странах существует жесткая система обращения к специалистам только через врачей общей практики, которая часто рассматривается как механизм обеспечения координации и интеграции (Starfield et al. 2005; Calnan et al. 2006). Однако по данным Schoen et al. (2007), это не всегда так и, на самом деле, как отмечают Starfield et al. (2005), «только в небольшом числе систем здравоохранения, даже там, где хорошо организована первичная помощь, достигается высокая координация лечения». Следовательно, проблемы с достижением координации и интеграции услуг на протяжении всего процесса медицинского обслуживания характерны для большинства медицинских учреждений. В следующем разделе рассматриваются некоторые причины этого.

Преодоление проблем

Проблемы координации и интеграции медицинской помощи обычно возникают на границе между секторами первичной и вторичной помощи, между здравоохранением и социальной помощью, между лечебными услугами и услугами общественного здравоохранения и между профессиями и профессиональными группами (Воегта 2006). Большинство имеющихся данных относятся к взаимодействию между медицинской и социальной помощью. Для простоты обсуждения мы используем понятия интеграции, координации, совместной или партнерской работы и родственные концепции как синонимы, понимая, что на практике это может быть не так (глава 4).

При анализе опыта Соединенного Королевства по интеграции медицинских и социальных услуг в конце 1990-х гг. Hardy et al. (1999) выявили ряд существенных препятствий на пути интеграции. Среди них:

- *структурные препятствия*, создаваемые фрагментацией обязанностей между организациями как внутри, так и между секторами;
- *процедурные препятствия*, возникающие из-за отличий в планировании и бюджетных возможностях и циклах, а также информационных системах и протоколах;
- *финансовые препятствия*, созданные различиями в механизмах и источниках финансирования, а также в распределении и потоках средств;
- *профессиональные препятствия*, возникающие из-за конкурирующих идеологий и ценностей, профессиональных интересов и автономии,

межпрофессиональной конкуренции за области помощи, угрозы потерять работу и возможных столкновений взглядов на интересы и роли потребителей услуг (глава 7);

- *связанные со статусом и юридические препятствия*, отражающие интересы организаций и их стремление к автономии.

Аналогично, комментируя партнерство при оказании медицинской и социальной помощи, Glasby et al. (2006) выявили в качестве основных препятствий к объединению медицинской и социальной помощи структурные границы, разделение правовых и финансовых схем, различия в организационной и профессиональной культуре и отличия, касающиеся руководства и подотчетности. Calnan et al. (2006), рассматривая координацию и интеграцию в пределах сектора здравоохранения, выявили схожие преграды, в частности, структурные и финансовые препятствия, разделяющие поставщиков услуг первичной и вторичной помощи, а также профессиональные барьеры, такие как «профессиональное соперничество» между врачами в больницах и врачами общей практики. Недавно, анализируя непрерывность медицинской помощи в Соединенном Королевстве, Hardy et al. (2006) в качестве существенного препятствия к координации лечения добавили частые организационные изменения («организационную турбулентность»), а Plochg et al. (2006) выделили возможное отрицательное влияние введения конкуренции на устойчивость инициатив по интегрированному оказанию помощи по месту жительства.

Финансовые вопросы могут во многих случаях представлять первостепенную проблему, поскольку часто не осознается, что «интеграция требует затрат до того, как окупится», как указано Leutz (1999) в обзоре усилий по интеграции медицинской и социальной помощи в США и Соединенном Королевстве. Он утверждает, что успешная интеграция требует длительного вложения средств в кадры и во вспомогательные структуры (например, обучающие и информационные системы), затрат на освоение и гибкого реагирования на потребности, возникающие при внедрении. Тем не менее, «неспособность заранее учесть эти расходы... является типичным дефектом государственных программ, которым часто не хватает денег, и которые могут не осознавать необходимость новых моделей управления, обучения и наблюдения».

У Leutz (1999) отмечено, что часты ожидания того, что инициативы по интеграции будут самофинансироваться из «сэкономленных средств», которые появятся, когда новая услуга заменит существующую. Это может, однако, угрожать положению существующих поставщиков услуг, которые, возможно, не хотят терять контроль над ситуацией («охрана среды влияния»). В недавнем обзоре двух крупных исследовательских программ, посвященных непрерывности лечения в Англии и Канаде, авторы предостерегают также, что создание новых координирующих механизмов не компенсирует нехватку ресурсов (Freeman et al. 2007). Может возникнуть искушение однократного финансового вливания на оплату новых услуг (Leutz 1999), но это не обязательно гарантирует долгосрочную устойчивость, как показывает пример «межсекторной помощи» в Нидерландах (вставка 10.1), инициативы, которая также подчеркивает важность увязывания платежных механизмов с целями системы (Hofmarcher et al. 2007; глава 9).

Вставка 10.1. «Межсекторная помощь» в Нидерландах

Повышение качества медицинской помощи при длительно существующих заболеваниях путем сближения между собой первичной помощи и стационарного лечения было одной из основных задач политики здравоохранения Нидерландов с 1990-х гг., что дало толчок к развитию концепции «межсекторной помощи» (van der Linden et al. 2001). «Межсекторная помощь» определяется как «помощь, приспособленная к нуждам больного, оказываемая на основе сотрудничества и координации между работниками первичной и специализированной помощи с общей ответственностью и четкой конкретизацией распределения обязанностей» (van der Linden et al. 2001). Этот подход был в дальнейшем значительно развит; к концу 1990-х гг. число проектов, согласно оценкам, превышало 500. Большинство форм «межсекторной помощи» сосредоточены на преодолении барьеров между неотложной стационарной помощью и другими секторами здравоохранения для тех, кто не способен вернуться к полностью независимой жизни.

Договоренности между учреждениями часто базируются на контрактах, но могут быть неформальными. В нескольких случаях сотрудничающие организации в итоге объединились (van der Linden et al. 2001; den Exter et al. 2004). Сложнее всего было обеспечить достаточное финансирование при отсутствии установленных финансовых механизмов. Многие проекты межсекторной помощи получают гранты или субсидии от местных органов власти или центрального правительства (den Exter et al. 2004). Больницы могут потратить до 3% своего бюджета на проекты по межсекторной помощи, хотя многим проектам оказалось нелегко найти дополнительные источники финансирования или реструктурировать финансовые механизмы, чтобы обеспечить финансирование новых программ (van der Linden et al. 2001).

Многие инициативы, судя по всему, опираются на неявное допущение, что интеграция – «это хорошо» (Goodwin et al. 2004; Glasby et al. 2006). Однако данные о том, что это так, скудны; остаются вопросы, действительно ли такие меры «на самом деле ведут к лучшему обслуживанию и лучшим результатам», и если так, при каких обстоятельствах и как (Glasby et al. 2006). Например, анализируя данные об «успехе», определяемом как положительные изменения в процессах или результатах партнерской деятельности (или, расширительно, кооперации) в разных секторах здравоохранения и социальной помощи в Соединенном Королевстве, Dowling et al. (2004) нашли, что большинство исследований концентрировалось на показателях процесса, как правило, связанных с деятельностью партнерств. Данные же о том, улучшает ли партнерство результаты и насколько, например, облегчая доступ к услугам или повышая рентабельность, эффективность или качество услуг, были противоречивыми или неубедительными. Авторы заключают, что «исследования, которые объединят строгие и систематические данные о результатах, причинно-следственных, связанных с партнерствами, пока еще не проведены» (Dowling et al. 2004).

В недавнем Кокрановском обзоре, посвященном организации совместного обслуживания на стыке первичной и вторичной помощи при ведении хронических заболеваний, не удалось получить достаточно данных о значимых улучшениях в результатах лечения за возможным исключением

улучшения в порядке назначений (Smith et al. 2007). Определение совместной помощи как «общего участия врачей первичной помощи и специалистов в планируемом медицинском обслуживании» в этом обзоре не полностью совпадает с определением партнерства/совместной деятельности, приведенным выше. Однако в совокупности эти данные высвечивают постоянные трудности, связанные с получением четких и последовательных выводов о влиянии координации и интеграции на результаты на основании имеющихся данных (глава 4).

Важно также отметить, что часто предполагаемая способность мер по интеграции преодолеть фрагментацию может быть необоснованной. Fabbriotti (2007) обнаружила, что некоторые формы интеграции парадоксальным образом могут усилить фрагментацию. Анализируя процесс создания интегрированных систем медицинской помощи в Нидерландах, она показала, что мультидисциплинарные бригады и стратегии ведения отдельных случаев повышали слаженность медицинских работников разных учреждений, но также уменьшали их возможности координации с теми монодисциплинарными работниками, которые не входили в бригады. Дисбаланс сил и ресурсов внутри интегрированной системы медицинского обслуживания может обернуться против интеграции, поскольку люди будут стремиться сохранить свое финансовое и профессиональное положение. Таким образом, «процессы интеграции и фрагментации идут одновременно, приводя к постоянно меняющимся и различно организованным структурам СИП [системам интегрированной помощи] и договоренностям между их участниками» (Fabbriotti 2007).

Как показывают эти примеры, имеющиеся данные обеспечивают лишь некоторую поддержку интуитивной уверенности в том, что интеграция способна решить многие проблемы. Это следует помнить, изучая практический опыт. В следующем разделе исследуется опыт ряда стран, особенно то, как руководители здравоохранения стремятся заложить основу политики, которая позволила бы разработать и внедрить координированные или структурированные подходы к оказанию помощи при хронических заболеваниях, преодолевая таким образом, прямо или косвенно, препятствия к интеграции, описанные выше.

Анализ действий в разных странах

Размышляя о способах повысить качество помощи при хронических заболеваниях, Erping-Jordan et al. (2004) отмечают, что «улучшения в помощи больным хроническими заболеваниями произойдут лишь в том случае, если руководители здравоохранения сделают это своим приоритетом и обеспечат руководство, стимулы и ресурсы, необходимые для осуществления этих улучшений». Далее мы смотрим, достигли ли руководители здравоохранения в разных странах успеха в этом, и как именно, если достигли.

Во многих странах новые подходы к оказанию помощи при хронических заболеваниях все еще носят экспериментальный характер, а данных об их эффективности мало. Лишь отдельные подходы достаточно полно описаны, хотя в сопроводительном томе представлена обширная новая информация (Nolte et al. 2008). Поэтому подборка стран вынужденно прагматична; среди них, однако, есть страны с различными подходами к

финансированию здравоохранения, показавшие определенный уровень нововведений в области помощи при хронических заболеваниях. Сюда относятся Дания, Англия, Германия, Нидерланды, Франция и Швеция, а кроме того — Канада и Австралия, не относящиеся к Европейскому региону, поскольку из их опыта можно извлечь полезные уроки для Европы. Учитывая разнообразие подходов, принятых в различных странах, анализ неизбежно является выборочным, с выделением лишь основных вопросов. Более подробные описания можно найти у Nolte et al. (2008).

Новые подходы к оказанию помощи при хронических заболеваниях

Системы здравоохранения очень по-разному подходят к хроническим заболеваниям, что в значительной степени отражает национальные подходы к руководству здравоохранением и обязанности различных сторон в регулировании, финансировании и предоставлении медицинской помощи. Природа и охват политики здравоохранения, касающейся хронических заболеваний, очень различны — в некоторых странах разработаны интегрированные на общенациональном уровне стратегии, охватывающие весь спектр услуг здравоохранения от пропаганды здорового образа жизни и профилактики заболеваний до ведения сложных состояний. Сюда входят Австралия, Дания и Англия. В других странах внедрен ряд параллельных политических мер, нацеленных на определенные элементы процесса оказания помощи (например, Франция, Нидерланды и некоторые области Канады и Швеции). В следующем разделе кратко суммируются некоторые ключевые компоненты этих мер политики.

Политику здравоохранения в **Австралии** разрабатывают федеральное правительство и правительства штатов и территорий. Стратегии борьбы с хроническими заболеваниями сосредоточены на качестве помощи и сокращении потребления ресурсов (Glasgow et al. 2008). Среди принятых федеральным правительством мер — Национальная стратегия борьбы с хроническими заболеваниями, принятая в 2005 г., которая обеспечивает «общую схему национальных усилий по улучшению профилактики и лечения хронических заболеваний в Австралии», а также пять вспомогательных Национальных программ повышения качества обслуживания, охватывающих ряд хронических состояний (National Health Priority Action Council 2005). Принятая затем в 2006 г. инициатива «Лучшее здоровье для всех австралийцев», разработанная совместно властями штатов и территорий, нацелена на снижение воздействия хронических заболеваний путем пропаганды здорового образа жизни, раннего выявления заболеваний, а также поддержки самопомощи и улучшения координации в медицинском обслуживании (Council of Australian Governments 2006). Программа поддержки первичной помощи, система финансовых стимулов для врачей общей практики, введенная в 1999 г., способствует координации медицинского обслуживания больных хроническими состояниями с помощью оплаты, связанной с качеством деятельности (Healy et al. 2006; Glasgow et al. 2008; глава 9).

Федеральное разделение обязанностей в Австралии означает, что внедрение политики в значительной степени зависит от отдельных штатов,

внимание которых во многом обращено на сокращение потребления стационарных услуг путем сокращения числа госпитализаций, в том числе повторных, и длительности госпитализации. Меры, принимаемые штатами, многочисленны и разнообразны, включая, например, программу помощи при хронических заболеваниях в Новом Южном Уэльсе (NSW Department of Health 2004a, 2004b) и стратегию борьбы с предотвратимыми хроническими заболеваниями, принятую Северной Территорией (Weeramanthri et al. 2003). Поэтому существует мнение, что, несмотря на наличие согласованной национальной точки зрения (инициатива «Лучшее здоровье для всех австралийцев»), импульс к созданию общенационального подхода утрачен (Glasgow et al. 2008).

В Дании также выработан общенациональный взгляд на борьбу с хроническими заболеваниями – правительственная стратегия «Быть здоровым всю жизнь» (2002 г.). Она сосредоточена на основных заболеваниях и нарушениях здоровья, которые можно предотвратить; ее цели – увеличить продолжительность жизни, повысить ее качество и свести к минимуму различия в состоянии здоровья (Ministry of the Interior and Health 2003). Стратегия была проведена в жизнь с помощью проекта Национального совета по здравоохранению (National Board of Health 2005), отчет которого сформулировал возможные пути улучшения помощи людям с хроническими состояниями (National Board of Health 2006). Многие из предложенных дополнений имеют форму общих рекомендаций, хотя некоторые более конкретны.

Другим важным импульсом, стоящим за последними структурными реформами датской системы здравоохранения, которые включали перераспределение ответственности в секторе здравоохранения между пятью недавно созданными регионами Дании (заменившими 14 графств) и муниципалитетами, было улучшение координации медицинской помощи (Strandberg-Larsen et al. 2007). В ходе реформ были созданы и оценены муниципальные центры здоровья, в первую очередь предназначенные для пожилых людей и больных хроническими заболеваниями (Schiotz et al. 2008). Однако эта инициатива подверглась критике за отсутствие последовательной общей схемы и, что важно, в связи с тем, что новые центры здоровья теперь могут оказывать лишь неврачебные услуги (Møller Pedersen 2006).

Как и в Дании, в Англии развертывание общей стратегии, направленной на улучшение здоровья населения и охватывающей укрепление здоровья, профилактику заболеваний и инициативы, созданные с целью улучшения помощи больным хроническими заболеваниями, началось с Официального Документа за 2004 г. «Выбирая здоровье» (Department of Health 2004a). Он опирался на серию общенациональных программ медицинского обслуживания, долгосрочных стратегий по улучшению медицинской помощи в определенных областях (например, сахарный диабет, злокачественные опухоли, психическое здоровье, детское здоровье, здоровье пожилых, длительные неврологические состояния) – и Национальный план улучшения качества медицинского обслуживания, принятый в 2004 г. (Department of Health 2004b), который утвердил системный подход к поддержке больных хроническими заболеваниями. Стратегии включали внедрение «индивидуального ведения больных» во всех фондах первичной медицинской помощи, отвечающих за закупку медицинских услуг

для географически определенных групп населения в соответствии с их медицинскими потребностями. Модель социальной помощи Государственной службы здравоохранения, разработанная в 2005 г., формулирует комплексную стратегию улучшения помощи больным хроническими заболеваниями, основанную на стратификации риска для приведения в соответствие услуг и потребностей, ведения больных и создания новых мультидисциплинарных бригад (Department of Health 2005). Официальный Документ за 2006 г., «Наше здоровье, наша помощь, наше мнение» определяет точку зрения правительства на оказание помощи по месту жительства пожилым людям и больным хроническими заболеваниями (Department of Health 2006). Основными побудительными мотивами этой политики были поиски путей улучшения качества и доступности помощи для больных хроническими заболеваниями и сдерживание или сокращение расходов. Одна из конкретных целей правительства — к марту 2008 г. на 5% сократить число койко-дней при экстренных госпитализациях, что должно быть достигнуто преимущественно с помощью разработки индивидуальных планов лечения для уязвимых людей из групп наибольшего риска. Бригада первичной помощи играет важнейшую роль при этих реформах. Поэтому введена новая система оплаты первичной помощи, содержащая финансовые стимулы для общих практик обеспечивать качественную медицинскую помощь при некоторых хронических заболеваниях (Roland 2004), система, в рамках которой большинство врачебных практик превысили ожидания (Cole 2005; глава 9).

Во Франции, Германии и Нидерландах, напротив, никаких крупномасштабных национальных стратегий по борьбе с хроническими заболеваниями не появилось, но в этих странах внедрен целый ряд параллельных программ, нацеленных на определенные элементы процесса оказания помощи. Это до некоторой степени отражает различия в системах финансирования здравоохранения через (социальное) медицинское страхование, а в Германии и Нидерландах также децентрализованную природу принятия решений, в процессе чего принимает участие ряд действующих лиц, включая представителей медицинских работников и страховых организаций.

Во Франции обеспокоенность недостаточной координацией и непрерывностью оказания помощи, как в амбулаторном секторе, так и на стыке амбулаторной и стационарной помощи, вызвала ряд изменений (Sandier et al. 2004). В 1996 г. были введены механизмы, поощряющие эксперименты с различными сетями поставщиков услуг на местном уровне, с инициативами, в конце концов, принятыми в 2002 г. в Законе о правах больных и качестве медицинской помощи форму «медицинских сетей» (Frossard et al. 2002). За этим в 2004 г. последовал Закон об общественном здоровье, в котором был сформулирован ряд целей в области (хронических) заболеваний и факторов риска на период 2005–2009 гг. и заявлено о создании национального плана по общественному здравоохранению для людей с хроническими заболеваниями, опубликованного в 2007 г. (Ministère de la Santé et des Solidarités 2007), и Закона о медицинском страховании от 2004 г., который, среди прочего, реформировал традиционную процедуру ЛДЗ (льготы по длительным заболеваниям, Affections de longue durée), которая освобождает больных с длительно существующими состояниями от частичной оплаты, если их лечение следует научно обоснованным рекомендациям (Durand-Zaleski and Obrecht 2008). Высказывались мнения,

что этим инициативам недостает глубины интеграции, нет четко определенных целей, порядка внедрения или стимулов и наказаний; тем не менее, ожидается, что национальный план за 2007 г. станет важным шагом к более интегрированному подходу к оказанию помощи при хронических заболеваниях.

В Германии, как и во Франции, растет беспокойство о способности поддерживать больных со сложными потребностями в рамках системы, которая до последнего времени характеризовалась строгим разграничением стационарной и амбулаторной помощи; это привело к появлению ряда инициатив, направленных на разные части системы здравоохранения (Hilfer et al. 2007). В 1993 г. появились новые возможности для поддержки более интегрированных моделей помощи, а в 2002 г. были разработаны программы ведения заболеваний (Busse 2004). В 2004 г. интегрированная помощь получила дальнейшую поддержку благодаря устранению определенных финансовых и юридических препятствий после принятия Закона о модернизации социального медицинского страхования. Это, в сущности, выделило интегрированную помощь в отдельный сектор, позволив фондам медицинского страхования оплачивать заключение выборочных контрактов с отдельными поставщиками услуг или их сетями поставщиков, многие из которых работают на стыке между неотложной стационарной помощью и реабилитацией (Busse and Riesberg 2004).

Немецкие программы ведения заболеваний привлекли значительное внимание на международном уровне. Они высоко структурированы, жестко регулируются и внедрены в систему социального медицинского страхования. Они включают изменения в схеме компенсации структуры рисков, которые создают для больничных фондов сильные стимулы к вовлечению в эти программы больных (Siering 2008). Система финансирования создает также значительные финансовые стимулы для врачей к участию в этой схеме. Существующие программы охватывают сахарный диабет 1 и 2 типа, бронхиальную астму, ХОБЛ, ИБС, рак молочной железы. Несмотря на то что программы ведения заболеваний стали неотъемлемой частью немецкого здравоохранения, некоторые авторы сомневаются в их эффективности и уместности существующих финансовых стимулов (Gerst and Korzilius 2005).

Аналогичные опасения, касающиеся непрерывности и качества помощи людям с длительно существующими состояниями, особенно если их потребности попадают на стык между первичной и вторичной помощью, высказываются в **Нидерландах**. Это дало толчок к появлению в начале 1990-х гг. концепции «межсекторной помощи» (van der Linden et al. 2001), описанной во вставке 10.1. Ее сравнивают с методами «совместной помощи» в Соединенном Королевстве (Vondeling 2004). Позднее интерес вызвала разработка подходов к ведению заболеваний, которые поддерживают интеграцию процессов на всем протяжении оказания помощи людям с хроническими заболеваниями (Vrijhoef et al. 2001). Прежде это привлекало некоторый, хотя и ограниченный, интерес, и в начале 2000-х гг. примерно 10% врачей общей практики в Нидерландах в той или иной мере участвовали в ведении заболеваний (Steuten et al. 2002). Существует мнение, что расширению таких программ мешало отсутствие структурированной схемы внедрения и оценки (Klein-Lankhorst and Spreewenbergh 2008). Однако в реформе здравоохранения, проведенной в 2006 г., в ходе которой были

внедрены многие новые рыночные элементы, некоторые увидели возможности улучшить медицинскую помощь при хронических заболеваниях путем вовлечения групп потребителей («коллективов») в разработку групповых контрактов для своих членов. Таким образом, фонд медицинского страхования мог разработать план, учитывающий конкретные потребности пациентов с определенными состояниями. Однако до сих пор это не вызывает особого интереса (Bartholomée and Maarse 2007).

В системах здравоохранения Канады и Швеции значительная часть полномочий передана провинциям и территориям, и лёнам, соответственно. В Канаде в 2002 г. федеральный министр здравоохранения и министры провинций и территорий разработали интегрированную «Общеканадскую стратегию здоровой жизни», посвященную в первую очередь профилактике хронических заболеваний (Jiwani and Dubois 2008). Эта стратегия отражает разделение ответственности. За общественное здравоохранение отвечает федеральное правительство, за медицинскую помощь (в рамках федеральных юридических схем) – провинции. Поэтому в том, что происходит на местах, имеется значительное разнообразие; в нескольких провинциях разрабатываются новые программы, направленные на координацию медицинского обслуживания с помощью общего руководства широким спектром медицинских услуг и более тесного сотрудничества между поставщиками услуг. Среди этих провинций Онтарио, Квебек, Альберта и Британская Колумбия. В провинции Онтарио существует Концепция профилактики и ведения хронических заболеваний, которая является основой для деятельности семейных медицинских бригад, созданных в 2004 г., и появившиеся позднее Местные сети интеграции медицинских услуг. Последние являются местными структурами управления, которые планируют, координируют и финансируют медицинские услуги в пределах определенных географических областей. Многие из них занесли профилактику и ведение хронических заболеваний в свои приоритеты (Jiwani and Dubois 2008). В Квебеке меры по улучшению помощи при хронических заболеваниях являются частью общей стратегии по улучшению медицинской и социальной помощи в пределах доступных средств. Это включает создание местных сетей обслуживания (центров медицинской и социальной помощи), которые объединяют всех поставщиков услуг одного региона для развития партнерства между соответствующими группами (таких как врачи и общественные организации). Перед ними стоит задача предоставить широкий набор услуг, начиная от профилактики и заканчивая ведением умирающих.

В Швеции центр первичной помощи рассматривается как основа медицинского обслуживания при хронических заболеваниях на основании региональных или местных руководств. Все возрастающую роль играют медицинские сестры, оказывая углубленную помощь больным с хроническими и сложными состояниями, такими как сахарный диабет и бронхиальная астма; при этом они имеют некоторые права в области назначений лекарственных средств (Karlberg 2008). К концу 1990-х гг. две трети больниц имели амбулаторные отделения для больных сердечной недостаточностью, которыми руководили медицинские сестры, основываясь на клинических протоколах. В рамках протоколов сестры могут менять режим лекарственной терапии (Stromberg et al. 2001). Однако в Швеции было много споров о проблемах, связанных с координацией помощи

между поставщиками услуг. Это привело к созданию так называемых «цепочек помощи» (Andersson and Karlberg 2000), определяемых как «координированные действия в рамках здравоохранения», часто включающих «несколько руководящих структур и поставщиков медицинских услуг» (Ahgren 2003), и сопоставимых с управляемыми сетями медицинских услуг для определенных групп больных, которые работают на основании общих руководств и соглашений (Karlberg 2008). К 2002 г. большинство региональных органов власти внедрили хотя бы одну цепочку помощи, чаще всего нацеленную на больных хроническими заболеваниями, такими как сахарный диабет, деменция и ревматические болезни. Главным движущим фактором этих инициатив было стремление повысить качество помощи; хотя успех был неоднозначным, очевидно наличие сильной мотивации у местных органов власти продолжать и расширять применение этого подхода (Ahgren 2003). С 2005 г. развиваются также местные координирующие стратегии на региональном уровне под названием «местное здравоохранение» (*narsjukvard*). Это определяется как «улучшенная, ориентированная на семью и местное сообщество [система] первичной помощи, поддерживаемая гибкой системой стационарного обслуживания» (Ahgren and Axelsson 2007). Вместе все эти нововведения направлены на укрепление связей между местными поставщиками услуг, особенно в отношении пожилых людей и больных психическими заболеваниями, например, деменцией. Хотя цепочки помощи и стратегии «местного здравоохранения» развиваются, в сущности, параллельно, в некоторых местах они связаны между собой (Karlberg 2008). Ожидается, что недавно образованная Шведская ассоциация местных органов власти и регионов может улучшить координацию на местном и региональном уровнях.

В целом, в различных странах внедряется множество стратегий, направленных на борьбу с хроническими заболеваниями; разные системы находятся на разных стадиях процесса и демонстрируют разную полноту охвата. Например, разной может быть широта охвата услугами — от профилактики до паллиативной помощи, или же только небольшая часть спектра услуг. Важно отметить, что большинство этих стран сделало медицинскую помощь при хронических заболеваниях одним из приоритетных направлений. В следующем разделе мы увидим, сопровождалось ли это соответствующим вложением средств.

Поддержка разработки и внедрения новых подходов к оказанию помощи при хронических заболеваниях

Данные, собранные в этой публикации и в сопроводительном томе, позволяют выделить несколько областей, требующих особого внимания при переходе от традиционной модели фрагментированного медицинского обслуживания к модели, где движение больного через систему здравоохранения лучше скоординировано. Они включают:

- достаточное финансирование, как для осуществления перехода, включая создание новых структур и навыков, так и для поддержки новой системы;

- создание должным образом обученного и мотивированного персонала, полностью осознающего ценность совместной деятельности;
- информационную технологию, с системами для поддержки новых подходов к оказанию помощи, достаточно гибкими для адаптации к последующим изменениям.

Четвертым вопросом является создание систем, позволяющих больным эффективно осуществлять самопомощь (глава 6), и он может быть успешно решен только при одновременном выполнении трех выше перечисленных условий.

Финансирование

Несколько стран, прямо или косвенно, выделили значительные средства на разработку и внедрение новых подходов к оказанию помощи при хронических заболеваниях. Конкретный механизм может быть разным, в зависимости от структур подотчетности и ответственности. Там, где правительственные органы непосредственно контролируют предоставление услуг, целевые выплаты использовались в тех случаях, когда органы власти осуществляли прямой контроль над предоставлением услуг, в то время как более децентрализованные системы скорее имели тенденцию использовать гранты для создания новых структур и подходов, хотя это отличие не очевидно.

Например, в Австралии федеральное правительство и правительства штатов в 2006 г. выделили 500 млн австралийских долларов (305 млн €) сроком на 5 лет Инициативе «Лучшее здоровье для всех австралийцев». Одно из ее пяти приоритетных направлений поддерживает целевое обучение медицинских работников оказанию помощи людям с хроническими состояниями с тем, чтобы они могли лучше справляться со своими заболеваниями. Вторым приоритетным направлением является улучшение координации услуг, что поддерживается специальными стимулирующими фондами средств (Council of Australian Governments 2006). В 2006–2007 гг. федеральное правительство выделило еще 15 млн австралийских долларов (9 млн €) на поддержку дополнительных стратегий поддержки самопомощи, вслед за ранее выделенными на проверку применимости в австралийском здравоохранении разных моделей самопомощи при хронических заболеваниях 36,2 млн австралийских долларов (22 млн €) (Sharing Health Care Initiative; Jordan and Osborne 2007).

Во Франции сети поставщиков медицинских услуг, перед которыми стоит задача укреплять координацию, интеграцию и непрерывность медицинской помощи для больных со сложными потребностями, поддерживаются государством и фондами социального медицинского страхования; общий объем инвестиций в 2000–2005 гг. составил 650 млн € (Durand-Zaleski and Obrecht 2008). Средства могут быть пушены на финансирование самих сетей (расходы на инфраструктуру и текущие расходы) или предоставление новых услуг. Средства расходовались на передвижные установки для диализа; специализированные учреждения для больных психическими заболеваниями; новые центры по борьбе с злокачественными опухолями, в которых сочетаются исследования, лечение и профилактика; новые центры по ведению больных ВИЧ/СПИДом (McKee and Nealy 2002). К 2006 г. во Франции действовало около 450 сетей, дея-

тельность большинства из них направлена на больных хроническими заболеваниями, среди которых значительную часть составляют больные сахарным диабетом (хотя даже так они охватывают лишь 5% больных сахарным диабетом во Франции). В 2007 г. бюджет Национального плана по повышению качества жизни хронически больных составил 727 млн € на период 2007–2011 гг. (Ministère de la Santé et des Solidarités 2007).

В нескольких странах для поддержки разработки новых методов помощи использовались стартовые гранты. Например, федеральное правительство Канады поддержало инициативы провинций, создав Переходный Фонд первичной медицинской помощи (2000–2006 гг.) (Jiwani and Dubois 2008). Это, например, помогло правительству провинции Альберта создать мультидисциплинарную бригаду ведения хронических заболеваний в Регионе Калгари. Австралийское правительство выделило средства в рамках Национальной совместной программы первичной помощи с целью улучшить оказание помощи, ее доступность и интеграцию для больных со сложными и хроническими состояниями; на «вторую волну» преобразований за 4 года, начиная с 2007–08 гг., выделено 34,5 млн австралийских долларов (21 млн €). Мероприятия «первой волны» вовлекли в программу примерно 20% общих практик и включали в себя создание регистров заболеваний, разработку планов первоначального обслуживания и ведения больных и улучшение доступа к медицинской помощи. В Дании муниципальные медицинские центры получили начальное финансирование в размере 170 млн датских крон (22 млн €) на 28 экспериментальных программ; ожидается, что с 2008 г. финансовую ответственность возьмут на себя муниципалитеты (Møller Pedersen 2006).

Нельзя избежать опасности того, что даже там, где оценки были положительными, новшества не получают длительной финансовой поддержки, когда закончится начальное финансирование. Успех часто зависит от того, насколько новые подходы внедрены в повседневные процессы оказания помощи, и хотя устойчивое финансирование будет необходимо, его может быть недостаточно, особенно когда новшество меняет установленный порядок деятельности (май 2006).

В ряде стран введены финансовые стимулы для поставщиков услуг и/или закупщиков/плательщиков с целью укрепления координации медицинской помощи или внедрения структурированных программ ведения заболеваний. Примеры включают Австралию, Данию, Англию, Францию и Германию. Как показано в главе 9, результаты применения этих схем неоднозначны; важно подчеркнуть, что там, где основной формой оплаты первичной помощи является «оплата по объему оказанных услуг», как, например, в Австралии и Германии, введение дополнительных стимулов привело к большой административной нагрузке, и это, по крайней мере в Австралии, явилось основным препятствием на пути внедрения более координированных подходов к лечению в общей практике (Zwar et al. 2005). В Германии большая административная нагрузка, связанная с программами ведения заболеваний, была одним из главных объектов критики со стороны врачей, противостоявших программе (Siering 2008). В настоящее время прилагаются усилия для разрешения этой ситуации (Hilfer et al. 2007).

Другие пути создания стимулов для координации между поставщиками услуг включают изменения в механизмах финансирования. Например, недавняя структурная перестройка в Дании, повышавшая роль муниципа-

литетов в здравоохранении, означает, что теперь муниципалитеты должны обеспечивать 20% от финансирования здравоохранения. Это было сделано, чтобы побудить муниципалитеты вкладывать средства в поддержку здорового образа жизни и профилактику, одновременно развивая альтернативы стационарной помощи (Ankjaer-Jensen and Christiansen 2007). Однако есть риск, что это может затруднить координацию и даже привести к дублированию услуг, предоставляемых муниципалитетами и регионами. В Германии интегрированная помощь финансируется с помощью механизма, по которому 1% от дохода больничных фондов от амбулаторий и стационарной помощи перераспределяется на пилотные программы интегрированной помощи. Эти деньги могут использоваться только для данной цели (Busse and Riesberg 2004); в 2006 г. в пилотные программы интегрированной помощи было вложено 571 млн € (Hilfer et al. 2007).

Кадровые ресурсы и производительность труда

В главе 7 показано, что человеческие ресурсы имеют решающее значение для создания и внедрения новых подходов к медицинской помощи при хронических заболеваниях. Показано также, что в то время, как ряд стран пытается создать новые роли и области специализации, лишь очень немногие имеют всеобъемлющую политическую концепцию, которая охватывала бы все от образовательных программ до механизмов интеграции новых ролей и областей специализации с устоявшейся практикой. Например, в Англии Департамент здравоохранения вложил значительные усилия в развитие кадров, включая разработку национальных концепций по специализации персонала (Singh and Fahey 2008). Сюда входит создание новой должности — участковая патронажная сестра, которая рассматривается как куратор, осуществляющий поддержку больных со сложными медицинскими потребностями. Однако поначалу это вызвало трения внутри сообщества медицинских сестер, поскольку при введении должности патронажных сестер не было принято во внимание, что схожие роли уже существуют в медицинском обслуживании по месту жительства (Hudson 2005).

В главе 7 подчеркнута необходимость обеспечить соответствующие организационные структуры в области медицинского обслуживания хронических больных. Ясно, что те страны, где первичную помощь традиционно оказывают врачи, обычно в рамках индивидуальных практик, с малым количеством вспомогательного персонала, сталкиваются со значительными проблемами при создании и внедрении новых ролей и специализаций. Так, например, во Франции есть даже юридические запреты на переопределение ролей и передачу функций немедицинскому персоналу, поэтому потребовалось изменить закон о профессиональных обязанностях, прежде чем диетологи в больницах смогли взять на себя ответственность за обучение и консультирование больных сахарным диабетом, что раньше осуществлялось эндокринологами (Durand-Zaleski and Obrecht 2008). Однако даже если таких ограничений нет, системы оплаты часто затрудняют передачу функций врачей другим медицинским работникам. Например, хотя целью Программы поддержки первичной помощи в Австралии было поддержать мультидисциплинарное медицинское обслуживание, влияние программы оказалось ограниченным, поскольку за участие в различных видах деятельности платили при этом только врачам общей практики

(Glasgow et al. 2008). Отсутствие соответствующих стимулов создало также преграды на пути более активного вовлечения врачей общей практики в интегрированную медицинскую помощь в Дании и Нидерландах (Steuten et al. 2002; Schiotz et al. 2008). Во Франции оплата труда медицинских работников по объему оказанных услуг не способствует улучшению координации между врачами и медицинскими сестрами (Durand-Zaleski and Obrecht 2008).

Эти структурные помехи для совместной деятельности часто усугубляются профессиональным беспокойством врачей о передаче своих функций другим работникам в тех странах, где медицинские сестры традиционно играли малую роль в первичной помощи, как, например, в Канаде (Bailey et al. 2006), Германии (Rosemann et al. 2006) и Австралии (Oldroyd et al. 2003) (см. главу 7).

Информационные технологии

Сложные системы, включающие специалистов, работающих на стыке разных секторов здравоохранения, могут функционировать только при наличии эффективных механизмов обмена информацией (Hofmarcher et al. 2007; Leutz 1999). Многие страны, включая Францию, Германию и некоторые провинции Канады, вкладывают значительные средства в развитие системы электронных медицинских карт. В некоторых случаях это является частью более общей национальной стратегии, например, Английская национальная программа по информационным технологиям, развернутая в 2002 г. (House of Commons Health Committee 2007) и Австралийская инициатива HealthConnect (Glasgow et al. 2008), направленная на разработку общих платформ для электронной медицины (глава 8). Однако развитие идет медленно, а в отдельных случаях, как, например, в Германии, инициативы встречали критику поставщиков услуг из-за связанных с ними затрат (Tuffs 2007). Английскую программу критиковали за задержки с внедрением, недостаточность мер безопасности против публичного раскрытия личной информации (что частично было реакцией на ряд случаев, когда в государственных учреждениях терялись официальные данные), за то, что она не отвечает нуждам потребителей, и за угрозу безопасности больных, возникающую из-за проблем с получением информации (Hendy et al. 2007).

Клинические информационные системы, связывающие различных поставщиков услуг, в большинстве учреждений по-прежнему недостаточно развиты. Там, где эти системы созданы, их эффективность, в том числе экономическая, остается спорной. Так, аудиторская проверка 12 медицинских сетей во Франции выявила, что более 30 млн €, вложенных в разработку и внедрение систем общих компьютеризированных медицинских карт, дали весьма скудные результаты – лишь двум сетям удалось разработать действующую систему (Durand-Zaleski and Obrecht 2008). Недавний опрос в странах, входящих в Организацию экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), касавшийся координации помощи, показал, что лишь в отдельных странах приняты меры, направленные на поддержку сбора информации и обмена ею (Hofmarcher et al. 2007).

Эти проблемы неудивительны. Сложности начинаются уже с простой, на первый взгляд, задачи записаться на прием к врачу, что комментаторы часто противопоставляют относительной простоте бронирования билетов

на самолет через Интернет. Однако такое сравнение неправомерно для хронических заболеваний. Сайты авиакомпаний упрощают бронирование единичных поездок, аналогично помощи в острых случаях. Они гораздо менее полезны для путешественника, который бы хотел совершить сложную поездку через множество городов (аналогично большому хроническими заболеваниями), и даже если пассажир получает билет, нет гарантии, что он сможет вовремя сделать все пересадки, и еще сомнительнее, что его багаж будет следовать за ним до конечного пункта. Требования к информационным системам, предназначенным для поддержки ведения хронических заболеваний, на порядок выше, чем ко многим из тех, что поддерживают простые коммерческие сделки. Сложности усугубляются все большей мобильностью населения — все чаще люди могут получать помощь в других странах. За возможным исключением некоторых небольших местных проектов, существующие клинические информационные системы не отвечают этим задачам.

Оценка

Из нашей публикации ясно видно, что все страны сталкиваются со схожими проблемами в оказании помощи при хронических заболеваниях, но ни одна пока не нашла полностью приемлемых решений. Крайне важно упростить обмен опытом, чтобы страны могли учиться друг у друга. Эта книга и сопроводительный том к ней стремятся поддержать этот процесс. Однако обзоры, аналогичные этому, могут лишь отражать доступную информацию о том, что работает, а что — нет. Для читателя будет очевидно, что многие миллионы евро, потраченные на новые подходы к оказанию помощи при хронических заболеваниях, не сопровождаются соответствующими усилиями по их оценке.

Существует, однако несколько исключений. В Австралии все программы, проводимые в жизнь федеральным правительством, официально оцениваются на их актуальность, эффективность и рентабельность, обычно независимыми от правительства экспертами (Glasgow et al. 2008). Цель этих оценок — дать правительству информацию о том, продолжать ли данные программы (хотя оценки и не определяют, каким будет окончательное решение; вставка 10.2). В Германии законодательство, позволяющее разрабатывать программы ведения заболеваний, включало обязательное требование, чтобы больничные фонды оценивали их, удостоверившись, что программы соответствуют критериям финансирования и их цели достигаются. Оценки должны осуществляться независимыми экспертами, действующими по методологическим спецификациям, установленным Федеральным страховым ведомством, которое занимается аккредитацией программ ведения заболеваний. Тем не менее, охват этих оценок довольно мал (Hilfer et al. 2007), и, осознавая их недостатки, один крупный больничный фонд заказал научную оценку, которая позволит осуществить перспективное сравнение программ ведения заболеваний с обычной помощью (Joos et al. 2005).

Инициативы по улучшению помощи людям с хроническими заболеваниями оценивались также в Дании. Программа самопомощи при хронических заболеваниях, первоначально разработанная в США (глава 6) с целью использования непрофессиональных инструкторов для того, чтобы помочь больным развить навыки, необходимые для координации различ-

Вставка 10.2. Оценка австралийского Плана Посещений Астма 3+

План Посещений Астма 3+ (Astma 3+ Visit Plan) является частью австралийского плана ведения больных бронхиальной астмой. Он включает финансовые стимулы для врачей общей практики – выплаты в случае, если больной получил, как минимум, три консультации, связанные с лечением бронхиальной астмы за период от четырех недель до четырех месяцев. Консультации должны включать диагностику и оценку тяжести заболевания, обзор соответствующих лекарственных средств, предоставление больному плана действий в письменном виде и обучение больного. План оценивался на местном и национальном уровне независимыми от правительства исследователями с использованием различных методов, включая сбор мнений врачей общей практики (опрос) и потребителей услуг (беседы), анализ данных программы Медикэр и фокус-групп, объединяющих потребителей и поставщиков услуг. Дополнительный компонент оценки касался охвата Планом австралийских аборигенов и жителей островов Торресова пролива. Оценка затронула несколько важных вопросов, включая трудности, связанные с тем, чтобы убедить больных астмой совершить все три посещения врача, и сложности, с которыми сталкиваются врачи общей практики, пытаясь интегрировать относительно жесткую структуру Плана в повседневную практику. В ответ правительство развернуло инициативу «Цикл лечения бронхиальной астмы» (с 1 ноября 2006 г.), сократив число посещений до двух и увеличив время, выделенное для завершения цикла, до года, сохраняя суть Плана Посещений Астма 3+. Пока, несмотря на эти модификации, в использовании данного подхода особых изменений нет, что говорит о наличии других существенных преград на пути изменений привычной практики. (Glasgow et al. 2008, с изменениями).

ных элементов своего лечения, была в пилотном режиме запущена в двух регионах Дании, чтобы выяснить, можно ли перенести эту программу в датские условия (Schiotz et al. 2008) (программа также тестировалась на пригодность в Австралии (Australian Government Department of Health and Ageing 2005) и Англии (Kennedy et al. 2007)). Оценка была положительной, ее результаты оказались сходны с полученными в США; в настоящее время датское правительство работает над внедрением программы в национальном масштабе с развитием в регионах сети по обеспечению ее качества (National Board of Health 2006).

Хотя у Государственной службы здравоохранения в Англии есть широкая программа исследований и разработок, в том числе Программа организации и предоставления услуг, масштаб и скорость внедрения новых инициатив таковы, что не отстать от них сложно (Singh and Fahey 2008). В некоторых случаях пилотные программы были развернуты прежде, чем стали доступны данные оценок, что видно из примера, связанного с индивидуальными планами лечения, которые были представлены в девяти пилотных проектах в 2003 г., но быстро приняты в качестве национальной стратегии (Department of Health 2004b) (глава 4). Последующая оценка этих проектов не выявила сокращения числа экстренных госпитализаций, что было одной из ключевых целей инициативы (Gravelle et al. 2007).

Во Франции оценок проведено меньше, хотя медицинские сети являются объектом регулярного внешнего аудита раз в три года (Durand-

Zaleski and Obrecht 2008). Региональные медицинские власти, осуществляющие финансирование сетей, могут прекратить финансирование, если аудит выявит отрицательные результаты (вставка 10.3). Другие системы медицинского обслуживания на систематической основе не оцениваются; так же обстоит дело и в Германии, где, кроме установленных требований к оценке программ ведения заболеваний, системного подхода к оценке других форм медицинской помощи при хронических заболеваниях не существует.

Вставка 10.3. Аудит медицинских сетей во Франции

В отчете за 2006 г. о медицинских сетях министерская аудиторская группа, ответственная за здравоохранение и социальное обеспечение, отметила, что организации, финансирующие сети (государственные и социальные фонды медицинского страхования), не смогли воздействовать на внутренние аудиты сетей или затребовать углубленные оценки там, где были причины для беспокойства. Они не выявили осязаемого улучшения в координации деятельности врачей, работающих амбулаторно и в больницах, а также других медицинских работников. Новые инструменты управления, такие как электронные медицинские карты и системы поддержки принятия решений, в основном, оценены как неустойчивые. Затраты на создание сетей сочтены высокими (500 млн €) в сравнении с полученными результатами, но, несмотря на эти выводы, ожидается, что эти сети в конечном счете дадут улучшения (по Durand-Zaleski and Obrecht 2008).

Движение вперед

В этой главе выявлены три ключевых элемента, которые необходимы для эффективной борьбы с хроническими заболеваниями. Это: устойчивое финансирование, квалифицированные и мотивированные работники здравоохранения и вспомогательные информационные системы. Однако самих по себе их недостаточно. Учитывая, что достигнутые результаты пока что весьма скромны, этот раздел носит несколько умозрительный характер. Тем не менее, можно сделать некоторые предварительные выводы о том, что необходимо.

Во-первых, нужно признать, что есть проблема, требующая ответных действий. Сложность хронических заболеваний и многообразие возможных ответов на них означают, что решение не появится само. Те, кто осуществляет надзор за системами здравоохранения — министры, региональные власти, больничные фонды или сети поставщиков услуг, часто работающие совместно, — должны позаботиться о том, чтобы были предприняты необходимые действия по перестройке организационных структур, устранению препятствий, мешающих переменам и вложению средств в обучение и информационные технологии. Нужно позаботиться также о том, чтобы принимаемые меры были всесторонними, последовательными и соответствовали обстановке. В данной работе приведено несколько примеров идей, от которых можно было бы ожидать положительных результатов, но которые достигли меньшего, чем могли бы, поскольку не учитывали обстановку, в которой внедрялись, или не были увязаны с другими инициативами.

Во-вторых, нужно добиться того, чтобы системы оплаты способствовали координации, а не мешали бы ей. В некоторых странах стремление к видимой «эффективности» или сокращению очередей способствовало введению систем оплаты, основанных на интенсивности деятельности. Примеры включают применение клинико-статистических групп в Германии и так называемую «оплату по результатам» в Англии, что в обоих случаях способствовало повторным госпитализациям — результат, строго обратный желаемому для оптимального ведения хронических заболеваний.

В-третьих, необходимо извлечь уроки из опыта многих стран Европы. В особенности, нужно понимать не только, что работает, но также что работает в каких условиях. Другими словами, каковы структурные, организационные и культурные предпосылки успеха. Нельзя предполагать, что программа, работающая в одной организационной структуре, где уже может быть достигнуто согласие относительно ценности мультидисциплинарной деятельности, будет работать и в другой.

Есть также вопросы, которые руководители здравоохранения должны задать сами себе. Один из них относится к балансу между централизованно установленными требованиями и местной автономией в условиях каждой конкретной страны. Учитывая систему подотчетности, связывающую центр с периферией, как лучше проводить перемены? Ответ будет зависеть от национальных условий. В Германии разработка жесткого общенационального регулирования рассматривается как положительный шаг, обеспечивающий соответствие программ по ведению заболеваний определенным стандартам, но и критикуется за подавление дальнейших улучшений применительно к местным условиям (Siering 2008). Напротив, и это необычно, учитывая высокую степень централизации в системе здравоохранения, отсутствие «регулирования» в Англии виделось как один из факторов, обеспечивающих наличие значительных местных вариаций (Singh and Fahey 2008). Другой близкий вопрос — баланс между нисходящими и восходящими подходами. У Нам (2003) подчеркнуто, что конкурирующие влияния, берущие начало из разных политических мер, внедренных реформаторами здравоохранения, с одной стороны, и устоявшимися традициями медицинского обслуживания, с другой, скорее всего, приведут к разрыву между целью политики и ее реальным воплощением. Главная роль должна принадлежать медицинским работникам, которые в значительной степени осуществляют контроль в медицинских учреждениях, таких как общие практики и больницы. Если они не вовлечены в процесс реформ, это, скорее всего, станет препятствием на пути устойчивых изменений. И действительно, как показало внедрение «цепочек помощи» в Швеции, подходы, подразумевавшие вовлечение медицинских работников или инициированные ими, добились создания более совершенных межорганизационных и межпрофессиональных координированных структур, в то время как подходы, начатые «сверху вниз» местными властями — нет (Ahgren and Axelsson 2007). Однако найдено также, что для успеха необходимо благоприятное политическое окружение.

Другой вопрос — будет ли возможным проведение изменений в рамках существующей системы, или потребуются фундаментальные реформы, особенно в тех случаях, когда есть значительные структурные препятствия к сотрудничеству (Plochg and Klazinga 2002). Glasgow et al. (2008) отметили, что «австралийское правительство вместе с правительствами штатов и

территорий проявило значительную финансовую заинтересованность в достижении лучших результатов лечения хронических заболеваний и психических заболеваний... Планируемые реформы скорее постепенны, чем радикальны, и, по-видимому, фундаментальное разделение ответственности в здравоохранении между федеральным правительством и властями штатов сохраняется. Удастся ли осуществить эти реформы до конца, и будут ли они достаточны, чтобы справиться с проблемой хронических заболеваний, пока неясно». Немецкие программы ведения заболеваний включают систему финансирования, которая отходит от существующих механизмов оплаты в системе социального страхования. И однако, ставит ли это под вопрос сами механизмы?

С этим связан другой вопрос – упростит реструктурирование, проводимое по другим причинам, борьбу с хроническими заболеваниями или затруднит? В недавних административных реформах в Дании видят возможность улучшить координацию, хотя несколько комментаторов отметили, что они могут увеличить потребление ресурсов (Ankjaer-Jensen and Christiansen 2007; Strandberg-Larsen et al. 2007). Аналогично, недавние реформы в Нидерландах, направленные на усиление конкуренции, расцениваются некоторыми как возможность внедрить более интегрированные подходы, в то время как другие опасаются, что они могут затруднить этот процесс (Custers et al. 2007). В Англии жесткие темпы реорганизации Государственной службы здравоохранения видятся как причина, замедляющая внедрение инициатив по координации медицинской помощи (Hardy et al. 2006).

Выводы

Возросшее бремя сложных хронических заболеваний при одновременном расширении клинических и организационных возможностей для их лечения становится крупнейшей проблемой грядущих десятилетий для тех, кто разрабатывает политику здравоохранения. Больше невозможно действовать наугад, надеясь, что нужная реакция как-нибудь возникнет сама собой. Вместо этого нужно понять природу меняющихся медицинских потребностей, разработать эффективные ответные меры, внедрить их и, помня, что ничто не остается неизменным, вести постоянное наблюдение и оценку. Успех возможен, но трудности недооценивать нельзя. Первым шагом является осознание того, что нужно что-то предпринять. Вторым, которому, как мы надеемся, будут способствовать данные, приведенные в этой книге, — понимание того, что нечто действительно может быть сделано и что люди в состоянии это сделать.

Литература

- Ahgren, B. (2003) Chain of Care development in Sweden: results of a national study, *Int J Integr Care*, 3: e01.
- Ahgren, B. and Axelsson, R. (2007) Determinants of integrated health care development: chains of care in Sweden, *Int J Health Plann Manage*, 22: 145–57.
- Alazri, M., Neal, R., Heywood, P. and Leese, B. (2006) Patients experiences of continuity

- in the care of type 2 diabetes: a focus group study in primary care *Br J Gen Pract*, 56: 488–95.
- Andersson, G. and Karlberg, I. (2000) Integrated care for the elderly. The background and effects of the reform of Swedish care of the elderly, *Int J Integr Care*, 1: 1–12.
- Ankjaer-Jensen, A. and Christiansen, T. (2007) Municipal co-payment for health care services. *Health Policy Monitor*, October. <http://www.hpm.org/survey/dk/a10/3> (accessed 11 February 2008).
- Australian Government Department of Health and Ageing (2005) *National Evaluation of the Sharing Health Care Initiative. Final Technical Report*. Canberra: Australian Government Department of Health and Ageing.
- Bailey, P., Jones, L. and Way, D. (2006) Family physician/nurse practitioner: stories of collaboration, *J Adv Nursing*, 53: 381–91.
- Bartholomé, Y. and Maarse, H. (2007) Empowering the chronically ill? Patient collectives in the new Dutch health insurance system, *Health Policy* 84: 162–9.
- Boerma, W. (2006) Coordination and integration in European primary care, in R. Saltman, A. Rico and W. Boerma (eds) *Primary Care in the Driver's Seat? Organizational Reform in European Primary Care*, pp. 3–21. Maidenhead, UK: Open University Press.
- Busse, R. (2004) Disease management programmes in Germany statutory health insurance system, *Health Aff*, 23: 56–67.
- Busse, R. and Riesberg, A. (2004) *Health Care Systems in Transition: Germany*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. (На русском языке: *Системы здравоохранения: время перемен*. Германия. — Европейское региональное бюро ВОЗ /Европейская обсерватория по системам здравоохранения. — 2005 г.).
- Calnan, M., Hutten, J. and Tiljak, H. (2006) The challenge of coordination: the role of primary care professionals in promoting care across the interface, in R. Saltman, A. Rico and W. Boerma (eds) *Primary Care in the Driver's Seat? Organizational Reform in European Primary Care*, pp. 85–104. Maidenhead: Open University Press.
- Cole, A. (2005) UK GP activity exceeds expectations, *BMJ*, 331: 536.
- Council of Australian Governments (2006) *Better Health for all Australians. Action Plan*. Canberra: Council of Australian Governments.
- Custers, T., Arah, O.A. and Klazinga, N.S. (2007) Is there a business case for quality in the Netherlands? A critical analysis of the recent reforms of the health care system, *Health Policy*, 82: 226–39.
- Den Exter, A., Hermans, H., Dosljak, M. and Busse, R. (2004) *Health Care Systems in Transition: The Netherlands*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. (На русском языке: *Системы здравоохранения: время перемен*. Нидерланды. — Европейское региональное бюро ВОЗ/Европейская обсерватория по системам здравоохранения. — 2004 г.).
- Department of Health (2004a) *Choosing Health. Making Healthy Choices Easier*. London: Department of Health.
- Department of Health (2004b) *NHS Improvement Plan. Putting People at the Heart of Public Services*. London: Department of Health.
- Department of Health (2005) *Supporting People with Long Term Conditions. An NHS and Social Care Model to Support Local Innovation and Integration*. London: Department of Health.
- Department of Health (2006) *Our Health, Our Care, Our Say: A New Direction for Community Services*. London: Department of Health.
- Dowling, B., Powell, M. and Glendinning, C. (2004) Conceptualising successful partnerships, *Health Soc Care Commun*, 12: 309–17.
- Durand-Zaleski, I. and Obrecht, O. (2008) France, in E. Nolte, C. Knai and M. McKee (eds) *Managing Chronic Conditions: Experience in Eight Countries*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.

- Epping-Jordan, J., Pruitt, S., Bengoa, R. and Wagner, E. (2004) Improving the quality of care for chronic conditions, *Qual Saf Health Care*, 13: 299–305.
- Fabbricotti, I. (2007) *Taking Care of Integrated Care: Integration and Fragmentation in the Development of Integrated Care Arrangements*. Rotterdam: Erasmus University.
- Freeman, G., Woloshynowych, M., Baker, R. et al. (2007) *Continuity of Care 2006: What Have We Learned since 2000 and What are Policy Imperatives Now?* London: National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D.
- Frossard, M., Benin, N., Guisset, M. and Villez, A. (2002) *Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons in France: An Old Idea with a Great Future*. Paris: Union Nationale Interfédérale des Oeuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux.
- Gerst, T. and Korzilius, H. (2005) Disease-Management-Programme: Viel Geld im Spiel, *Dtsch Ärztebl*, 102: A2904–9.
- Glasby, J., Dickinson, H. and Peck, E. (2006) Guest editorial: partnership working in health and social care, *Health Soc Care Commun*, 14: 373–4.
- Glasgow, N., Zwar, N., Harris, M., Hasan, I. and Jowsey, T. (2008) Australia, in E. Nolte, C. Knai and M. McKee (eds) *Managing Chronic Conditions: Experience in Eight Countries*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Goodwin, N., Perri, G., Peck, E., Freeman, T. and Posaner, R. (2004) *Managing Across Diverse Networks of Care: Lessons from Other Sectors*. London: National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D.
- Gravelle, H., Dusheiko, M., Sheaff, R. et al. (2007) Impact of case management (Evercare) on frail elderly patients: controlled before and after analysis of quantitative outcome data, *BMJ*, 334: 31–4.
- Ham, C. (2003) Improving the performance of health services: the role of clinical leadership, *Lancet*, 361: 1978–80.
- Hardy, B., Mur-Veemanu, I., Steenbergen, M. and Wistow, G. (1999) Inter-agency services in England and the Netherlands, *Health Policy*, 48: 87–105.
- Hardy, B., Hudson, B., Keen, J., Young, R. and Robinson, M. (2006) *Partnership and Complexity in Continuity of Care: A Study of Vertical and Horizontal Integration Across Organisational and Professional Boundaries*. London: National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D.
- Healy, J., Sharman, E. and Lokuge, B. (2006) Australia: health system review. *Health Syst Transit*, 8: 1–158.
- Hendy, J., Fulop, N., Reeves, B.C., Hutchings, A. and Collin, S. (2007) Implementing the NHS information technology programme: qualitative study of progress in acute trusts, *BMJ*, 334: 1360.
- Hilfer, S., Riesberg, A. and Egger, B. (2007) Adapting social security health care systems to trends in chronic disease: Germany, in *Proceedings of the ISSA Technical Commission on Medical Care and Sickness Insurance*. Moscow: World Health Organization and the International Social Security Association.
- Hofmarcher, M., Oxley, H. and Rusticelli, E. (2007) *Improved Health System Performance Through Better Care Coordination*. Paris: OECD.
- House of Commons Health Committee (2007) *The Electronic Patient Record*. London: The Stationery Office.
- Hudson, B. (2005) Sea change or quick fix? Policy on long-term conditions in England, *Health Soc Care Commun*, 13: 378–85.
- Jiwani, I. and Dubois, C. (2008) Canada, in E. Nolte, C. Knai and M. McKee (eds) *Managing Chronic Conditions: Experience in Eight Countries*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Joos, S., Rosemann, T., Heiderhoff, M. et al. (2005) ELSID-Diabetes study-evaluation of a large scale implementation of disease management programmes for patients with type 2 diabetes. Rationale, design and conduct: a study protocol, *BMC Public Health*, 5: 99.
- Jordan, J.E. and Osborne, R.H. (2007) Chronic disease self-management education programs: challenges ahead, *MJA*, 186: 84–7.

- Karlberg, I. (2008) Sweden, in E. Nolte, C. Knai and M. McKee (eds) *Managing Chronic Conditions: Experience in Eight Countries*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Kennedy, A., Reeves, D., Bower, P. et al. (2007) The effectiveness and cost effectiveness of a national lay-led self care support programme for patients with long-term conditions: a pragmatic randomised controlled trial, *J Epidemiol Commun Health*, 61: 254–61.
- Klein-Lankhorst, E. and Spreeuwenberg, C. (2008) The Netherlands, in E. Nolte, C. Knai and M. McKee (eds) *Managing Chronic Conditions: Experience in Eight Countries*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Leutz, W. (1999) Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom, *Milbank Q*, 77: 77–110.
- May, C. (2006) A rational model for assessing and evaluating complex interventions in health care, *BMC Health Serv Res*, 6: 86.
- McKee, M. and Healy, J. (2002) Réorganisation des systèmes hospitaliers: leçons tirées de l'Europe de l'Ouest, *Rev Med Assur Mal*, 33: 31–6.
- Ministère de la Santé et des Solidarités (2007) *Plan pour l'amélioration de la Qualité de Vie des Personnes atteintes de maladies chroniques*. Paris: Ministère de la Santé et des Solidarités.
- Ministry of the Interior and Health (2003) *Healthy throughout Life: The Targets and Strategies for Public Health Policy of the Government of Denmark, 2002–2010*. Copenhagen: Ministry of the Interior and Health.
- Møller Pedersen, K. (2006) Experiments with municipal health centres, *Health Policy Monitor* 2006. <http://hpm.org/survey/dk/a8/1> (accessed 18 February 2008).
- National Board of Health (2005) *National Board of Health Project on Major Noncommunicable Diseases*. Copenhagen: Danish National Board of Health.
- National Board of Health (2006) *Chronic Conditions: Patients, Healthcare and Community*. Copenhagen: Danish National Board of Health.
- National Health Priority Action Council (2005) *National Chronic Disease Strategy*. Canberra: Australian Government Department of Health and Ageing.
- Nolte, E., Knai, C. and McKee, M. (eds) (2008) *Managing Chronic Conditions: Experience in Eight Countries*. Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies.
- NSW Department of Health (2004a) *NSW Chronic Care Program 2000–2003. Strengthening Capacity for Chronic Care in the NSW Health System*. Sydney: NSW Department of Health.
- NSW Department of Health (2004b) *NSW Chronic Care Program. Phase Two 2003–2006*. Sydney: NSW Department of Health.
- Oldroyd, J., Proudfoot, J., Infante, F. et al. (2003) Providing healthcare for people with chronic illness: the views of Australian GPs, *Med J Aust*, 179: 30–3.
- Plochg, T. and Klazinga, N. (2002) Community-based integrated care: myth or must? *Int J Qual Health Care*, 14: 91–101.
- Plochg, T., Delnoij, D., Hoogedoorn, N. and Klazinga, N. (2006) Collaborating while competing? The sustainability of community-based integrated care initiatives through a health partnership, *BMC Health Serv Res*, 6: 37.
- Roland, M. (2004) Linking physicians pay to the quality of care: a major experiment in the United Kingdom, *N Engl J Med*, 351: 1448–54.
- Rosemann, T., Joest, K., Körner, T. et al. (2006) How can the practice nurse be more involved in the care of the chronically ill? The perspectives of GPs, patients and practice nurses, *BMC Fam Pract*, 7: 14.
- Sandier, S., Paris, V. and Polton, D. (2004) France: health care systems in transition. *Health Syst Transit*, 6: 1–156.
- Schiotz, M., Frolich, A. and Krasnik, A. (2008) Denmark, in E. Nolte, C. Knai and M. McKee (eds) *Managing Chronic Conditions: Experience in Eight Countries*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Schoen, C., Osborn, R., Doty, M. et al. (2007) Toward higher-performance health systems: adults health care experiences in seven countries, 2007, *Health Aff*, 26: w1717–34.

- Segal, L., Dunt, D. and Day, S. (2004) Introducing coordinated care (2): evaluation of design features and implementation processes implications for a preferred health system reform model, *Health Policy*, 69: 215–28.
- Siering, U. (2008) Germany, in E. Nolte, C. Knai and M. McKee (eds) *Managing Chronic Conditions: Experience in Eight Countries*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Singh, D. (2005) *Transforming Chronic Care. Evidence about Improving Care for People with Long-term Conditions*. Birmingham: University of Birmingham, Surrey and Sussex PCT Alliance.
- Singh, D. and Fahey, D. (2008) England, in E. Nolte, C. Knai and M. McKee (eds) *Managing Chronic Conditions: Experience in Eight Countries*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Smith, S., Allwright, S. and O'Dow, T. (2007) Effectiveness of shared care across the interface between primary and specialty care in chronic disease management, *Cochrane Database Syst Rev*, CD004910.
- Starfield, B., Shi, L. and Macinko, J. (2005) Contribution of primary care to health systems and health, *Milbank Q*, 83: 457–502.
- Steuten, L.M. G., Vrijhief, H.J.M., Spreeuwenberg, C. and Van Merode, G.G. (2002) Participation of general practitioners in disease management: experiences from the Netherlands, *Int J Integr Care* 2: e24.
- Strandberg-Larsen, M., Nielsen, M., Vallgerda, S. et al. (2007) Denmark: Health system review, *Health Syst Transit*, 9: 1–64.
- Stromberg, A., Martensson, J., Fridlund, B. and Dahlstrom, U. (2001) Nurse-led heart failure clinics in Sweden, *Eur J Heart Fail*, 3: 139–44.
- Tuffs, A. (2007) German doctors threaten to boycott patient record project, *BMJ*, 334: 63.
- Turner, D., Tarrant, C., Windridge, K. et al. (2007) Do patients value continuity of care in general practice? An investigation using stated preference discrete choice experiments, *J Health Serv Res Policy*, 12: 132–7.
- Van der Linden, B., Spreeuwenberg, C. and Schrijvers, A. (2001) Integration of care in the Netherlands: the development of transmural care since 1994, *Health Policy*, 55: 111–20.
- Vondeling, H. (2004) Economic evaluation of integrated care: an introduction, *Int J Integr Care*, 4: e20.
- Vrijhoef, H., Spreeuwenberg, C., Eijkelberg, I., Wolffenbuttel, B. and van Merode, G. (2001) Adoption of disease management model for diabetes in region of Maastricht, *BMJ*, 323: 983–5.
- Weeramanthri, T., Hendy, S., Connors, C. et al. (2003) The Northern Territory preventable chronic disease strategy: promoting an integrated and life course approach to chronic disease in Australia, *Aust Health Rev*, 26: 31–42.
- Zwar, N., Comino, E., Hasan, I. and Harris, M. (2005) General practitioner views on barriers and facilitators to implementation of the Asthma 3+ Visit Plan, *Med J Aust*, 183: 64–7.
- Zwar, N., Harris, M., Griffiths, R. et al. (2006) *A Systematic Review of Chronic Disease Management*. Sydney: Australian Primary Health Care Institute.

Предметный указатель

- Австралия
 влияние Модели оказания помощи при хронических заболеваниях 82
 данные по инвалидности 19
 исследования по координированной помощи 244
 координация помощи 250
 нехватка кадров 170
 обучение самопомощи при сахарном диабете 141
 оценка программ ведения хронических заболеваний 59
 План Посещений Астма 3+ 266
 политика здравоохранения 255
 программа ASMP 140
 Программа поддержки первичной помощи 180, 227, 244, 255, 263–264
 Программа стимулов для врачей первичной помощи и выплат за улучшение медицинского обслуживания 228–232
 программы ведения заболеваний 255–256
 самопомощь 128
 системы электронной медицины 204
 электронная поддержка принятия решений 201
Австрия, вакцинация против вируса папилломы человека 116
- Автоматизированные системы обучения 201
Агентство по качеству в здравоохранении 238
Административное бремя 180
Активный образ жизни 118
Алкоголь
 злоупотребление 113
 потребление 107, 132, 169
Амбулаторный перитонеальный диализ 169
Анальная карцинома 115
Англия
 влияние Модели оказания помощи при хронических заболеваниях 82
 индивидуальное ведение больных 90
 интегрированные медицинские организации 161
 распространенность ХОБЛ 26
Анонимные алкоголики 113
Антибиотики 115, 116
Антропогенная среда обитания 102, 109, 117–118
Армения 23
Артериальная гипертония 18, 85, 92, 100, 101, 102, 111–113, 116, 123, 131, 141, 159, 169, 206, 233
 меры профилактики 112–113
 снижение множественных факторов риска 112–113
Артериальное давление 20, 108, 112

- Артрит 32, 136, 138, 140, 169
 Аспирин 101, 112
 Ассоциация медицинских информационных систем и систем управления 197
 Аудит 38, 162, 183, 264, 266–267
 Бедность 116
 Беларусь 21
 Бельгия
 вакцинация против вируса папилломы человека 116
 данные по инвалидности 19
 фонды медицинского страхования 223
 Бентам, Иеремия 134
 Бесплодие 108
 Бесстыковая помощь 70
 Бета-блокаторы 2
 Биологическая обратная связь 142
 Бонусы 221, 234, 236, 239
 выплачиваемые в конце года 241
 за качество деятельности 245
 Бремя болезни 17, 36, 45, 52, 100
 Бронхиальная астма 1, 169, 206, 233
 в Европейском регионе ВОЗ 28
 программы поддержки самопомощи 140, 142
 распространенность 29
 смертность 28
 тенденции 28
 у детей 28, 140
 эпидемиологические данные 9
 DALY 28
 Бумажные инструменты принятия клинических решений 193, 197
 Бупропион 106
 Бюджеты 62, 221
 Буллетени для больных сахарным диабетом (Франция) 141
 Вавилонская башня 70, 94
 Вакцинация 115–116, 122
 Варфарин 4
 Венгрия 21, 105
 Вертикальное делегирование полномочий 162
 Вирус гепатита С 115
 Вирус иммунодефицита человека 1, 17, 52, 115, 261
 Вирус папилломы человека 114, 115, 122
 вакцинация 115–116
 фактор риска рака шейки матки 115
 Вирус простого герпеса 115
 Вирус Эпштейна–Барр 115
 ВИЧ – см. Вирус иммунодефицита человека
 Внутренняя мотивация 224, 245
 Внутривидовые экстерналии – см. Интерналии
 Восходящие модели 191, 268
 Всемирная организация здравоохранения 1
 Всемирный банк 105, 106
 «Выделенные» программы ведения заболеваний 74
 Выплаты
 за достижение определенных показателей 232, 244
 за инфраструктуру 233, 245
 за качество деятельности 233, 238
 Гастрит 116
 Гемофилия 169
 Генеральный директорат по здравоохранению и защите потребителей 37
 Гепатит В
 вакцинация 115, 122
 возбудитель 114
 Германия
 вакцинация против вируса папилломы человека 116
 данные по полиморбидности 35
 децентрализация принятия решений 257
 клинико-статистические группы 221, 268
 общенациональное регулирование программ ведения заболеваний 268
 оплата по объему оказанных услуг 262
 оценка программ ведения заболеваний 265
 полиморбидность 35
 сахарный диабет 23
 финансирование интегрированной медицинской помощи 263
 фонды медицинского страхования 223
 частичная оплата 236
 электронные медицинские карты 264
 Гиперлипидемия 85
 Гиперхолестеринемия 100, 102, 112, 123
 Гликозилированный гемоглобин A1c 60, 205, 232, 240, 242

- Глобализация 100, 101, 107, 117
 Глюкоза крови, уровень 36, 87, 141, 149, 169
 Годы жизни, скорректированные с учетом нетрудоспособности (DALY) 17
 Готовность к изменениям 149
 Градостроительное планирование 118
 Гранты 253, 261, 262
 Греция 23, 28, 32
 Групповое обучение 162
 Групповые посещения врача 150
 Группы, представляющие профессиональные интересы 171
 Дания
 данные по инвалидности 19
 муниципальные медицинские центры 262
 программа ASMP 140
 программа CDSMP 140
 распространенность ХОБЛ 26
 реформы здравоохранения 256
 системы электронной медицины 204
 стратегия «Быть здоровым всю жизнь» 256
 Делегирование врачебных функций 150, 162
 Деменция 31, 36–37, 233
 Демографические изменения 5, 9, 19, 38, 100, 116–117
 Депрофессионализация 174
 Дети
 бронхиальная астма 17, 28
 вакцинация против гепатита В 115
 депрессия 32
 ожирение 20, 107
 профилактика 109
 программы поддержки самопомощи 140
 психические заболевания 31
 распространенность хронических заболеваний 19
 Диабетические центры 141
 Диетологи 92
 Диетологи 76, 92, 141, 168, 172, 263
 Диспепсия 116, 120
 Европейская система исследований здоровья населения 37
 Европейское статистическое агентство 37
 Жалованье 221
 Желчнокаменная болезнь 108
 Жители островов Торресова пролива 266
 Заболеваемость 36
 бронхиальной астмой 28
 инсультом 20–21
 монополярной депрессией 29–31
 раком легких 102
 сахарным диабетом 21–23
 «сжатие» 18
 ХОБЛ 26–28
 Заболевания опорно-двигательного аппарата 1
 и ожирение 108
 Забота о себе 128–131
 Загрязнение окружающей среды 118
 Закон о модернизации социального медицинского страхования (Германия) 258
 Закупка с учетом качества 219, 237, 238–239
 Замена сердечных клапанов 206
 Заместительная терапия препаратами никотина 106
 Запрет на рекламу
 алкоголя 113
 табачных изделий 106
 Затраты на ввод в эксплуатацию 56
 Злокачественные опухоли 233
 и злоупотребление алкоголем 113, 169
 и ожирение 108
 массовые обследования 120
 программы поддержки больных 140
 реестры 36
 роль вирусов 114, 115
 смертность 38, 115
 ИБС – см. Ишемическая болезнь сердца
 Избыточный вес 107, 108, 114
 Издержки
 внешние 54
 внутренние 54
 концепции 46–55
 косвенные 47, 48
 макрэкономические 52–53
 микроэкономические 49–51
 нематериальные 47, 48
 прямые 47, 48
 работодателя 57
 социальные 53–54
 существенные/несущественные 54–55
 Изменение поведения 106, 131, 134

- Изменение ролей медицинского персонала 170–175
 перераспределение существующих ролей 171–172
 создание новых типов поставщиков услуг 173–175
- Израиль 21, 23, 32
- Инвалидность 16, 18, 19, 20, 31, 120, 138, 144, 145
- Инвестиции 86, 151, 182, 219, 261
- Индекс массы тела 31, 51, 107, 109
- Индивидуальное ведение больного 10, 73, 75, 76, 90
- Индивидуальные планы лечения 81, 89, 90, 91
- Инициатива «Лучшее здоровье для всех австралийцев» 255, 256, 261
- Инициатива межпрофессионального обучения для совместной практики, ориентированной на больного (IECPCP) 176
- Инициатива по совместному оказанию медицинской помощи 60
- Инициатива «Цикл лечения бронхиальной астмы» 266
- Инициатива HealthConnect 264
- Инициатива Health First 150
- Инсулин 108, 141
- Инсульт 17, 20–21, 159
 заболеваемость и смертность в Европейском регионе ВОЗ 21
 и артериальная гипертензия 112
 и деменция 20
 и депрессия 20
 и сахарный диабет 21
 инвалидность 20
 профилактика 112, 114
 смертность 20, 22
- Интеграция 69–89
 культурная 78
 систематика 77–78
 социальная 78
 степень 78
 структурная 78
 типы 77
 целей, интересов, сил и ресурсов 78
 широта охвата 77–78
- Интерактивные коммуникационные методы в сфере здравоохранения (ИНСА) 207
- Интерналии 55
- Интернет-проект HealthInsite 150
- Инфаркт миокарда 2, 101, 135
- Инфекционные заболевания 114–116
 профилактика 115–116
- Ирландия 23, 28
- Испания
 монополярная депрессия 32
 распространенность ХОБЛ 26
 смертность от рака легких 105
- Исследование
 заболеваемости во всем мире 17, 39, 45, 100
 DECODE 23, 36
 MRFIT 116
 RAND 223
- Италия 21, 32
 вакцинация против вируса папилломы человека 116
 данные по инвалидности 19
 данные по полиморбидности 34
 распространенность ХОБЛ 26
- Ишемическая болезнь сердца 73, 88, 111, 112, 145, 236, 242, 258
 программы поддержки самопомощи 138
 профилактика 113
 смертность 104–105
- Казахстан 21, 35
- Канада
 ведение хронических заболеваний 59–60
 влияние Модели оказания помощи при хронических заболеваниях 82
 данные по инвалидности 19
 данные по полиморбидности 34
 нехватка кадров 170
 организации первичной медицинской помощи 172
 оценка программ ведения хронических заболеваний 59
 программа ASMP 140
 системы электронной медицины 204
 электронные медицинские карты 264
- Качество жизни 4, 28, 58, 60, 90, 120, 135, 143, 168, 204, 225
- Квази-экстерналии 55
- Квебек 34, 163, 181, 259
- Клиника Toronto Rehabilitation 177
- Клиники по лечению сердечной недостаточности 172
- Клиники под руководством медицинских сестер 84, 92, 141, 171, 172

- Клинико-статистические группы
221, 268
«отклонения» 221
- Клиническая интеграция 77
- Клинические информационные системы 7, 82, 84, 91, 165, 181, 264
- Клинические руководства 86, 112, 181, 183, 190
- Когнитивно-поведенческая терапия 136
- Кожные заболевания 108
- Койки для длительного ухода 21
- Комплексная система поддержки укрепления здоровья 139
- Комплексное медицинское обслуживание 56, 69, 78, 165, 180
- Комплексные таблетки 112–113
- Компьютеризированные системы поддержки клинических решений 197–203
данные по эффективности 198
- Компьютерная грамотность 203, 206
- Компьютерные системы поддержки принятия решений 205–207
- Консультанты по вопросам психического здоровья 172
- Консультирование 110, 113, 120, 162, 163, 180
- Контракт врача общей практики 181, 222, 227, 232–235
- Контроль качества 176
- Концепция
профилактики и ведения хронических заболеваний 259
совокупности кадровых ресурсов 167–170
- Коэффициент демографической нагрузки 117
- Краткое инструктирование 132
- КСПКР – см. Компьютеризованные системы поддержки клинических решений
- Курение 102–107
как фактор риска 102
меры по борьбе 105–107
- Кыргызстан 21, 28
- Латвия 26
- Лекарственные средства
клинические исследования 3
побочные эффекты 3
подбор дозы 205
сочетания 3–4
фиксированные дозы 112
- Липиды 60, 108, 120, 145, 232
- Литва 21
- Лицензирование 168
- Льготы по длительным заболеваниям (ЛДЗ) 257
- Люксембург 116
вакцинация против вируса папилломы человека 116
- Малоподвижный образ жизни 100, 102, 112, 114, 117, 123, 146
- Малярия 52
- Медикэйд, система 74, 235, 240, 245
- Медикэр, система 74, 81, 149, 181, 228, 235–236, 245, 266
- Медицинская помощь
альтернативные концепции 76
вторичная 163, 164, 168, 258
координация 250
межсекторная 70, 71, 252
модели 69, 159, 255–260
первичная 72, 74, 86, 91, 93, 122, 131, 163, 164, 165, 168, 179, 191, 243, 249, 251, 253, 258, 260, 262, 264
планирование 131–132, 160, 161, 228
третичная 163, 164
- Медицинские сестры с правом самостоятельной практики 174
- Медицинское страхование 51, 57–58, 74, 147, 221, 222, 223, 225, 257, 258
дополнительное альтернативное 58
дополняющее 58
заменяющее 58
- Межведомственная координация 160–161
- Международная специальная рабочая группа по ожирению 107
- Межпрофессиональная координация 160
- Мерцательная аритмия 206, 233
- Местные сети интеграции медицинских услуг 259
- Метаанализ 85, 86, 141–142, 223
- Метод
«жизненного цикла» 64
«исследования готовности заплатить» 47, 53
- Механизмы выравнивания рисков 57, 62, 226
- Механические инструменты принятия клинических решений 193

- Милль, Джон Стюарт 134
- Многокомпонентные подходы 143
- Многопрофильная деятельность 162, 174
- Многопрофильная медицинская помощь 76, 174, 228
- Многопрофильные бригады 60, 75, 80, 83, 84, 92, 161, 163, 180
- Моделирование поведения по равным 136
- Модель деятельности Государственной службы здравоохранения и сектора социального обеспечения (Англия) 83
- Модель неотложной медицинской помощи 2, 69, 81
- Модель новых методов оказания помощи при хронических состояниях 83
- Модель оказания помощи при хронических заболеваниях (ССМ) 7, 70, 81–89, 91, 94, 159, 177, 189
данные по эффективности 87
- Модель преодоления стресса 133, 136
- Модель саморегуляции 133, 135
- Модель сознательного выбора 163
- Модель установок / социального влияния / самодостаточности (ASE) 134
- Модель эпизодической медицинской помощи – см. Модель неотложной медицинской помощи
- Модель Evercare 80–81, 83, 89, 90
- Мотивации 135, 136, 137, 148–149, 224, 227
- Мотивационное консультирование 132, 137
- Мультиколлинеарность 65
- Муниципальные центры здоровья (Дания) 256
- Наблюдение после выписки из больницы 173
- Налог на жир 109
- Наркотическая зависимость 135
- Национальная комплексная программа лечения сахарного диабета 60
- Национальная медицинская библиотека США 39
- Национальная программа по информационным технологиям (Англия) 264
- Национальная рабочая группа Нидерландов по проблемам хронических больных и инвалидов 145
- Национальная стратегия борьбы с хроническими заболеваниями (Австралия) 255
- Национальные концепции по специализации персонала (Англия) 263
- Национальные программы повышения качества обслуживания (Австралия) 255
- Национальный институт клинических исследований 201
- Национальный консультативный совет по управлению информацией в здравоохранении (Австралия) 201
- Недирективное консультирование 113
- Недоедание 52
- Нейронные сети 201
- Неквалифицированные помощники медицинских сестер 175
- Неотложная помощь 63, 85, 89, 159, 175
- Непрерывность помощи 10, 70, 75, 93, 157, 160, 180, 235, 243, 252, 258, 261
- Непрофессиональные помощники по уходу 169
- Нидерланды
данные по инвалидности 19
данные по полиморбидности 34
децентрализация принятия решений 257
интегрированные системы медицинской помощи 254
клинико-статистические группы 221
контракты для врачей общей практики 149
межсекторная помощь 71, 253, 258
модель первичной помощи 92
оценка программ ведения хронических заболеваний 59, 60
программа ASMP 140
сертификация новых дисциплин и обучающих программ 171
фонды медицинского страхования 223, 225–226
- Нисходящие модели 191, 268

- Новая Зеландия 2, 21, 152, 250, 251
 организации первичной медицинской помощи 244
- Новые типы поставщиков услуг 173–175
- Новый Южный Уэльс 83, 256
- Норвегия
 вакцинация против вируса папилломы человека 116
 монополярная депрессия 32
 распространенность ХОБЛ 26
- Нормативные акты в отношении чистоты воздуха 122
- Оборудование для наблюдения на дому 151
- Образовательные вмешательства 134
- Обратная связь 84, 85, 148, 150, 162, 181, 183, 203, 211
- Обучение
 больного 131
 больных у других больных 150
 через наблюдение 136
- Общеканадская стратегия здоровой жизни 259
- Общественное благосостояние 53, 55, 56
- Ожирение 107–108
 и артериальное давление 108
 и заболевания дыхательных путей 108
 и рак молочной железы 108
 и сахарный диабет 108
 и сердечно-сосудистые осложнения 108, 112
 как фактор риска атеросклероза 116
 медикаментозная профилактика 110
 у детей и подростков в Европейском регионе 107
 хирургическое лечение 111
- Окружающая среда 100, 117–118
- Оплата деятельности организаций 221–222
- Оплата
 по койко-дням 221
 по объему оказанных услуг 174, 180, 220, 221, 222, 232, 239, 245, 262, 264
 по результатам деятельности 218, 219, 222, 232, 235, 237, 239–242, 245
 по числу законченных случаев лечения 221
 с учетом качества 149, 218, 219, 222
- «Оплата за деятельность» 63
- Организации первичной медицинской помощи с подушевым финансированием (Новая Зеландия) 244
- Организационная культура 166, 182
- Организационная турбулентность 252
- Организационная философия 182
- Организационные схемы медицинского обслуживания 179–180
- Организационные ценности 182
- Организация Kaiser Permanente 61, 80, 94
- Остеoarthritis 114, 141, 206
- Остеопороз 108, 114
- Охрана материнства 233
- Охрана среды влияния 252
- Паллиативное лечение 164, 169, 233, 260
- Пассивное курение 102
- Патерналистская модель оказания помощи 162
- Передвижные установки для диализа 261
- Переходный Фонд первичной медицинской помощи (Канада) 262
- Печеночноклеточный рак 115
- Печеночные трематоды 115
- Пиковая скорость выдоха 149
- Пилотные проекты 89, 90, 235, 263, 265–266
- «Пирамида лечения» Kaiser Permanente 80, 81, 83
- Пищевые продукты, информация о составе 108–109
- Письменные инструкции по ведению заболевания 251, 266
- Планы медицинского обслуживания 61, 238
- Побочные эффекты лекарственных средств 4
- Поведенческие факторы риска 232
- Повторные госпитализации 60, 73, 91, 256, 268
- Поддержка принятия решений 11, 82, 84, 189–213
 концепции 193–194
 методы и инструменты 191–193, 194
 системы 197–203
 типы вмешательств 195

- Поддержка самопомощи 11, 80, 84, 86, 91, 127–137, 144–152, 165, 177, 178, 205, 255, 261
интерактивное взаимодействие в сфере здравоохранения 207–210
масштаб и эффективность 137–144
роль систем здравоохранения 149–151
целевые группы населения 138–140
- Подотчетность 37, 91, 161, 252, 261
- Подушевая оплата 149, 220–221, 222, 244
- Подушевая формула выравнивания рисков 235
- Подход
с точки зрения человеческого капитала 47
ориентированный на больного 4, 88, 92, 131, 163, 164, 168, 175–176, 182
- Пожилые люди
и полиморбидность 3
модель Evercare 81, 89
муниципальные центры здоровья (Дания) 256
программы самопомощи 141
сложные потребности 73, 76, 144
- Показатели деятельности 226, 239, 241
- Полиморбидность 32–35, 36, 144
- Политика
алкогольная 113
продовольственная 108–109
- Польша 23, 109
- Помощь по месту жительства 81, 83, 86, 91, 160, 179, 252, 257
- Португалия 23, 107
- Последипломное медицинское образование 177, 178
- Потребности
сложные 144–145
социально-психологические 76
финансовые 76
- Предложение труда 50–51
- Предразмышление 135, 148
- Представления о болезни 135
- Препятствия
к интеграции 251–252
профессиональные 251–252
процедурные 251
связанные со статусом и юридические 252
структурные 251
финансовые 251
к координации лечения 252
к межпрофессиональной практике 180
к самопомощи 144–149
к сотрудничеству 268
на пути изменений 12, 266
- Приемы микроменеджмента 80
- Принципы доказательной медицины 166, 190, 202, 219
- Программа «Жить с ХОБЛ полноценной жизнью» 163
- Программа «Знающий больной» 140, 141, 142, 150
- Программа организации и предоставления услуг (Англия) 266
- Программа поддержки первичной помощи – см. Австралия, Программа поддержки первичной помощи
- Программа поддержки самопомощи при хронических заболеваниях (CDSMP) 138, 140
- Программа «Семейное партнерство» 139
- Программа стимулов для врачей первичной помощи и выплат за улучшение медицинского обслуживания 228–232
- Программа страхования UnitedHealth Group 81
- Программа «Улучшим нашу жизнь» 140
- Программы ведения хронических заболеваний, обоснование и роль стимулов 224–227
- Продовольственная политика 107, 109, 123
- Продолжительность жизни 1, 19, 32, 52, 170, 256
- Проект «Северная Карелия» 102–105
- Проект определения приоритетов в области контроля заболеваний 105, 119
- Проект MONICA 36
- Производительность труда 50, 51
- Промежуточный уровень медицинской помощи 162
- Пропаганда здорового образа жизни 72, 109, 119, 135, 163, 255
- Профессиональная интеграция 77
- Профессиональная культура 166, 182, 252

- Профессиональное соперничество 252
 Профессиональные работники по уходу за больными 168
 Профессиональные ценности 162
 Профилактика 255
 вторичная 101, 112
 первичная 101, 109, 112
 третичная 101
 хронических заболеваний, роль систем здравоохранения 119–123
 Прямое предоставление медицинских услуг 161
 Прямые платежи потребителей 56, 223
 Психические заболевания 1, 9, 17, 39, 92, 145, 146, 235, 260, 261
 монополярная депрессия 29–32
 распространенность 33
 Психоповеденческий метод 142
 Психотерапия 136
 Развитие общих навыков 175–179
 Раздробленность медицинской помощи 75
 Районные медицинские сестры 161
 Рак желудка 115, 116
 Рак легких 101, 102, 105
 кумулятивный риск смерти 105
 Рак молочной железы 108, 114, 236, 258
 обследование 120
 Рак полового члена 115
 Рак толстой кишки 114
 Рак шейки матки 115
 обследование 120, 122, 181, 232
 профилактика 115–116
 Рамочная конвенция по борьбе с курением 106
 Рандомизированные исследования 59, 141, 142, 144, 210
 Расширение полномочий больного 131, 150, 197, 211
 Реабилитация при ХОБЛ 173
 Ревматоидный артрит 142
 Регрессионный анализ 52, 64
 Регулирование направления к специалистам 91, 92, 160, 244, 251
 Рентабельность 54, 218, 219, 239, 240, 253, 265
 Республика Молдова 35
 Республики Центральной Азии 28, 31, 35
 Робототехника 181
 Рождаемость, падение 117, 170
 Роль частного сектора в профилактике хронических заболеваний 118
 Российская Федерация 21, 28, 35
 Румыния 28
 Самодостаточность 136, 140, 143, 146, 148
 Самонаблюдение 131
 Самопомощь 129, 131
 образовательные программы 143
 поддержка 131–132
 Саморегуляция поведения 78, 140, 143
 Самоубийство 32
 Сахарный диабет 1, 2
 в Европе 23
 и курение 102
 и ожирение 108
 издержки 3
 клиники под руководством медицинских сестер 92
 обследование 120
 организации больных 141
 осложнения 108
 осмотр
 глаз 172, 205
 стоп 2, 172, 205
 программы ведения 84
 программы поддержки самопомощи 138
 профилактика 108–111, 114
 распространенность 23
 смертность 17, 23, 25
 тенденции 23
 Сбор и перераспределение средств 222–223
 Сдерживание расходов 11, 73, 80, 83, 175, 190, 257
 Семейная терапия 113
 Сердечная недостаточность 18
 Сердечно-сосудистые заболевания 47, 52–53, 102, 120, 123, 127
 и курение 102
 и ожирение 108
 и сахарный диабет 23
 профилактика 114
 смертность 38, 102, 104
 факторы риска 112
 Сжатие заболеваемости 18
 Синдром приобретенного иммунодефицита 1, 17, 52, 115, 135, 261
 Система оценки качества и результатов деятельности 181, 233, 242–243
 Системный подход 85, 127, 160, 256

- Словакия 23
 Словения 23, 32
 Сложные потребности 144–145
 Смертность
 данные 35–36
 от бронхиальной астмы 30
 от ИБС 111
 от инсульта 20, 111
 от монополярной депрессии 32
 от рака легких 105
 от сахарного диабета 23
 от сердечно-сосудистых заболеваний 52–53, 102
 от ХОБЛ 26
 от ХПН 111
 от хронической сердечной недостаточности 18
 связанная с курением 106
 Смешанные системы оплаты 181, 222, 244–245
 Снижение веса 112, 135, 151
 «Снятие сливок» 223, 240
 Соблюдение врачебных предписаний 4
 Совместная помощь 71, 254, 258
 Соглашение о врачебных услугах (Канада) 149
 Соединенное Королевство
 бронхиальная астма 28
 вакцинация против вируса папилломы человека 116
 диагностика деменции 37
 контракты для врачей общей практики 149, 222, 227, 232–233, 245
 модель первичной помощи 92
 оценка программ ведения хронических заболеваний 59
 План развития Государственной службы здравоохранения 128
 программа «Знающий больной» 141, 142
 программа ASMP 140
 распространенность
 инсульта 21
 ХОБЛ 26
 роль специализированных медицинских сестер 171
 Система оценки качества и результатов деятельности 233
 системы электронной медицины 204
 совместная помощь 258
 финансирование за год лечения 235
 электронные медицинские карты 210
 Социальная обездоленность 127
 Социальное обеспечение 70, 71, 72, 73, 76, 78, 157, 165, 166, 177, 179, 267
 Социально-психологическая поддержка 90, 142, 168
 Социально-экономический статус 101, 116, 117, 164
 Социальные нормы 136
 Социальные работники 76, 158, 160, 162, 168, 171
 Специализированные медицинские сестры 76, 90, 171, 172
 СПИД – см. Синдром приобретенного иммунодефицита
 Способность к самообслуживанию 78–79
 Средства телекоммуникации 181
 Старение населения и хронические заболевания 18–20
 Статины 112
 Статистический дискриминационный анализ 201
 Стационарное лечение 6, 76, 179, 253, 257, 260, 263
 Стенокардия 131, 242
 Стимулы
 для больных 236–237
 для плательщиков и закупщиков 236
 для поставщиков услуг 228–236
 связанные с репутацией 224, 237, 239, 245
 Стратегии оценки риска 165
 Стратегическое планирование 77
 Стратегия «Быть здоровым всю жизнь» (Дания) 256
 Страховая организация Kaiser Foundation Health Plan 94
 Стэнфордский центр исследований в области обучения больных 142
 Субсидии 109, 253
 Схема компенсации структуры рисков 236
 Схемы возмещения затрат 207
 США
 данные по инвалидности 19
 данные по полиморбидности 34
 заболеваемость раком легких 102
 клинико-статистические группы 221

- методы оплаты 221, 235–236
- нехватка кадров 170
- распространенность
 - бронхиальной астмы у детей и подростков 28
 - инсульта 20, 21
 - сахарного диабета 23
- электронные медицинские карты 210
- Текущие расходы 56
- Телемедицина 151, 174, 207–210, 212
 - данные по эффективности 208
- Телефонные информационные службы 150, 211
- Теория
 - баланса принятия решений 132
 - обстоятельств 71
 - организации 71
 - планируемого поведения 133, 134–135
 - рационального выбора 133, 134
 - самовосприятия 132
 - самодетерминации 133, 136–137
 - социального научения 133, 135–136, 140
 - «стадий изменений» в человеческом поведении 135
- Терапия
 - антикоагулянтная 206
 - гиполипидемическая 112
 - гипотензивная 112
- Тест Папаниколау 115
- Т-лимфотропные вирусы 115
- Торговая политика, учитывающая интересы здоровья 117
- Транс-изомеры жирных кислот 109, 122
- Транстеоретическая модель изменений 133, 135, 148
- Кадровые ресурсы 157–183
 - и усиление интеграции 159–162
 - обучение персонала 176–179
 - ориентация на потребителя услуг 162–163
 - повышение качества деятельности 166–167
 - подход, охватывающий все население 164
- Трудотерапевты 162, 168, 172
- Турция 23
- Удовлетворенность больных 71, 72, 85, 172, 174
- Управление по делам ветеранов США 91, 241
- Управляемая помощь 10, 70, 72
- Уход на дому 168
- Участковые патронажные сестры 89, 91, 165, 173, 263
- Фактор свертываемости крови VIII 169
- Факторы риска хронических заболеваний 100–118
- Факторы, вызывающие язву желудка 116
- Фармацевтическая промышленность 73, 118, 211
- Фармацевты 76, 165, 168, 172, 173, 180, 205, 239
- Федеральное страховое ведомство (Германия) 265
- Физиотерапевты 162
- Физическая активность 107, 111, 112, 114, 118, 122, 142, 169, 205
- Финансирование за «год лечения» 235
- Финансовое руководство 77
- Финансовые стимулы 227–243
- Финляндия
 - данные по инвалидности 19
 - монополярная депрессия 32
 - продовольственная политика 109
 - проект «Северная Карелия» 102–105
 - распространенность ХОБЛ 26
- Фолиевая кислота 112
- Фонды первичной медицинской помощи 62, 161, 256
- Фрамингемское исследование 20
- Франция
 - вакцинация против вируса папилломы человека 116
 - Закон о медицинском страховании 257
 - Закон о правах больных и качестве медицинской помощи 257
 - Закон об общественном здоровье 257
 - клинико-статистические группы 221
 - медицинские сети 257, 261–262
 - аудит 264
 - монополярная депрессия 32
 - оплата по объему оказанных услуг 264
 - организации больных сахарным диабетом 141
 - фонды социального медицинского страхования 261

- частичная оплата 236–237, 257
- электронные медицинские карты 264
- юридические запреты на переопределение ролей 263
- Функциональная интеграция 77
- Функциональный статус 4, 90, 142
- ХОБЛ – см. Хроническая обструктивная болезнь легких
- Холестерин 108, 112, 116, 240, 242
- ХПН – см. Хроническая почечная недостаточность
- Хроническая почечная недостаточность 17, 206, 233
- Хронические заболевания
 - ведение 3–5, 45–55, 56–64, 78–84, 191–194, 203–212, 219
 - издержки при ведении 56–58
 - интегрированная помощь 69–94
 - профилактика 115–116
 - новые подходы к оказанию помощи 260–265
 - роль информационных технологий 264–265
 - роль кадровых ресурсов 263–264
 - роль финансирования 261–263
 - определение 1
 - психологические последствия 131, 140
 - смертность 17, 35
 - факторы риска 100–114
 - отдаленные 116–118
 - экономическое бремя 46
- Хроническая обструктивная болезнь легких 26–28, 36
 - в Европейском регионе ВОЗ 26–28
 - клиники под руководством медицинских сестер 92
 - определение 26, 36
 - программы реабилитации 138
 - смертность 26–27
- Центр Здоровья провинции Онтарио 60
- Центральное налогообложение 62
- Центры первичной помощи (Швеция) 259
- Центры по борьбе с злокачественными опухолями 261
- Цепочки помощи 260, 268
- Цирроз печени 113
- Частичная оплата 223–224, 236–237
- Частное медицинское страхование 225, 237
- Чешская Республика 23, 109
- Число добавленных лет жизни с учетом их качества 111
- Шведская ассоциация местных органов власти и регионов 260
- Швейцария 21, 23
 - вакцинация против вируса папилломы человека 116
- Швеция
 - вакцинация против вируса папилломы человека 116
 - данные по инвалидности 19
 - клиники под руководством медицинских сестер 92, 141
 - координация между поставщиками медицинских услуг 259
 - многопрофильные бригады 161
 - новые роли медицинских сестер 172
 - цепочки помощи 260, 268
- Шизофрения 1, 32
- Шистосомы 115
- Школьные столовые 122
- Эконометрический подход 64
- Экспертные системы 201, 202
- Экстерналии 55
- Экстренные госпитализации 80, 90
- Электронная медицина 190, 203–204
 - основные элементы 204
- Электронные медицинские карты 190, 203, 204, 205, 210, 264
 - данные по эффективности 210–211
- Электронные руководства 190, 194, 205–206
- Эмфизема 26
- Эндокринологи 92, 263
- Эндоскопия 116
- Эпидемиологический подход 64
- Этнические меньшинства 146
- Эффект
 - дохода 51
 - замещения 51
- CDSMP – см. Программа поддержки самоуправления при хронических заболеваниях
- DALY – см. Годы жизни, скорректированные с учетом нетрудоспособности
- Helicobacter pylori* 115, 116, 120
- Kaiser Foundation Hospitals 94
- Permanente Medical Groups 94

Оказание помощи при хронических состояниях

Взгляд с позиций системы здравоохранения

Сложная природа многих хронических заболеваний, которые затрагивают людей самым различным образом, требует многосторонней реакции, которая будет согласовываться с нуждами конкретного больного. Но, хотя все согласны, что традиционные взаимоотношения между больным и единственным врачом в данном случае не годятся, согласия относительно того, что должно прийти им на смену, гораздо меньше.

В настоящее время многие страны опробуют новые подходы к оказанию помощи, так, чтобы удовлетворять сложные потребности людей с хроническими заболеваниями и перестраивать системы медицинского обслуживания с целью координации деятельности на протяжении всего процесса оказания помощи. Однако хотя требования к интеграции и координации интуитивно понятны, тем, кто разрабатывает политику, почти не на что опереться, принимая решения о том, в каком направлении двигаться.

В данной книге на систематической основе рассматриваются некоторые основные вопросы оказания помощи при хронических заболеваниях. Обобщены данные о том, что работает (или не работает) в различных условиях. С международной точки зрения изучаются предпосылки эффективной политики и качественного ведения хронических заболеваний.

На основе системного подхода в книге:

- характеризуется бремя болезни, связанное с хроническими заболеваниями, в Европе;
- взвешиваются экономические доводы в пользу вложения средств в ведение хронических заболеваний;
- исследуются основные трудности, связанные с растущей сложностью здравоохранения, в том числе профилактика, роль самопомощи, кадровые ресурсы здравоохранения, поддержка принятия решений;
- анализируются системы финансирования медицинского обслуживания при хронических заболеваниях;
- анализируются необходимые предпосылки эффективной медицинской помощи при хронических заболеваниях.

«Оказание помощи при хронических состояниях» представляет особый интерес для тех, кто разрабатывает политику здравоохранения, и для медицинских работников, а также для аспирантов, изучающих политику здравоохранения, исследования медицинских услуг, экономику здравоохранения, государственную политику и управление.

Ellen Nolte – старший лектор исследовательской группы по услугам здравоохранения при Лондонской школе гигиены и тропической медицины, почетный старший научный сотрудник Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.

Martin McKee – научный руководитель Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, профессор Лондонской школы гигиены и тропической медицины (специалист по европейскому общественному здравоохранению), содиректор Европейского центра по системам здравоохранения стран переходного периода.

Авторский коллектив: Reinhard Busse, Elisabeth Chan, Anna Dixon, Carl-Ardy Dubois, Isabelle Durand-Zaleski, Daragh K. Fahey, Nicholas Glasgow, Monique Hejmans, Izzat Jiwani, Martyn Jones, Cécile Knai, Nicholas Mays, Martin McKee, Ellen Nolte, Thomas E. Novotny, Joceline Pomerleau, Mieke Rijken, Dhigna Rubiano, Debbie Singh, Marc Suhrcke.



9 789289 002233