

Оценка ведения хронических заболеваний в европейских системах здравоохранения

37

Серия
Исследования Обсерватории

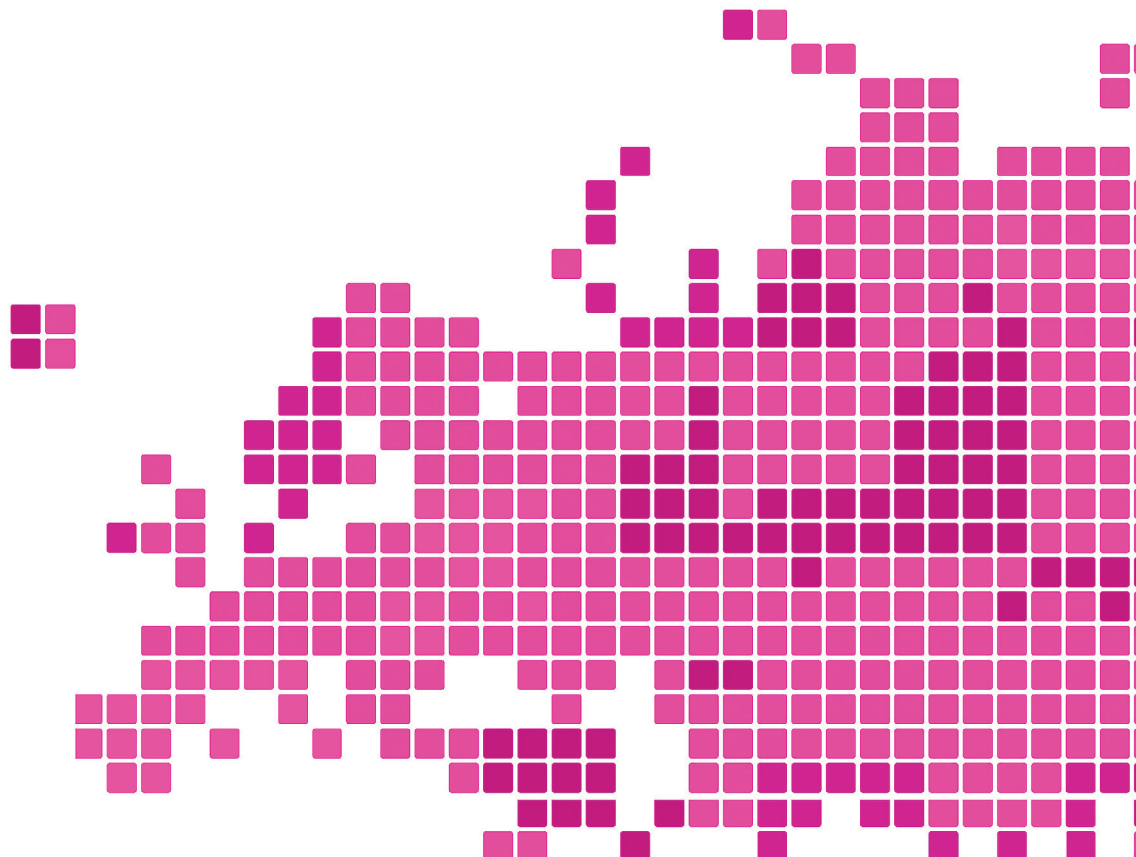
Принципы и подходы

Под редакцией:

Ellen Nolte

Cécile Knai

Richard B. Saltman



Европейская

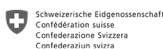
обсерватория

по системам и политике здравоохранения



Перевод с английского: Assessing chronic disease management in European health systems. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2014

Министерство здравоохранения Российской Федерации оплатило перевод и печать этой публикации на русском языке.



Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения поддерживает и стимулирует формирование политики здравоохранения на основе фактических данных посредством всестороннего и научно строгого анализа систем здравоохранения в Европе. Для выполнения анализа тенденций в реформировании здравоохранения она объединяет широкий круг лиц, формирующих политику, ученых и практических работников и использует опыт всей Европы, чтобы освещать вопросы стратегической важности.

Обсерватория представляет собой партнерство на базе Европейского регионального бюро ВОЗ, в котором участвуют правительства Австрии, Бельгии, Ирландии, Норвегии, Словении, Соединенного Королевства, Финляндии, Швейцарии, Швеции и итальянского региона Венето, Европейская комиссия, Всемирный банк, Французский национальный союз фондов медицинского страхования (UNCAM), Лондонская школа экономики и политических наук и Лондонская школа гигиены и тропической медицины. Секретариат Обсерватории находится в Брюсселе, а ее исследовательские центры - в Лондоне (Лондонская школа экономики и Лондонская школа гигиены и тропической медицины) и в Берлинском техническом университете.

Оценка ведения хронических заболеваний в европейских системах здравоохранения

Принципы и подходы

Под редакцией

Ellen Nolte

Cécile Knai

Richard B. Saltman

Европейская

обсерватория

по системам и политике здравоохранения



Ключевые слова:

CHRONIC DISEASE
DELIVERY OF HEALTH CARE, INTEGRATED
HEALTH CARE SYSTEMS
HEALTH POLICY
PUBLIC HEALTH

© Всемирная организация здравоохранения, 2018 (в качестве ведущей организации и секретариата Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения)

Все права защищены. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикации частично или полностью.

Запросы относительно публикаций следует направлять по адресу:

Publications

WHO Regional Office for Europe

UN City, Marmorvej 51

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 режиме онлайн на сайте Регионального бюро:

<http://www.euro.who.int/pubrequest>)

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.

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 978-9-2890-5361-7

Оформление обложки: M2M

Отпечатано в Российской Федерации

Содержание

Предисловие	7
Выражение признательности	8
Список таблиц и вставок	10
Список сокращений	11
Эксперты, принимавшие участие в написании 1-го тома	13
1. Введение	14
1.1 Общие сведения	14
1.2 Концепция этой книги	16
1.2.1 Концепции хронического заболевания и ведения хронического заболевания	17
1.2.2 Страны, включенные в обзор	19
1.3 Об этой книге	20
2. Что нам известно: краткий обзор фактических данных о подходах к долгосрочной помощи	21
2.1 Ведение пациентов с хроническими заболеваниями: концепции и определения	21
2.1.1 Ведение заболевания	22
2.1.2 Комплексное оказание помощи	23
2.2 Что нам известно: обзор доказательной базы по подходам к ведению пациентов с хроническими заболеваниями	24
2.2.1 Ведение заболевания	24
2.2.2 Комплексное оказание помощи	27
2.2.3 Экономический эффект ведения заболевания или комплексного оказания помощи	30
2.3 Что нужно знать: ограничения существующей доказательной базы	32
2.4 Выводы	34
3. Подходы к ведению хронических заболеваний в Европе	36
3.1 Ключевые характеристики систем здравоохранения в 12 европейских странах	36
3.2 Нормативно-правовой контекст оказания долгосрочной помощи в Европе	42
3.3 Общие сведения о подходах к ведению хронических заболеваний в 12 европейских странах	43
3.4 Финансирование, распределение и использование подходов к ведению хронических заболеваний	55
3.5 Компоненты ведения хронических заболеваний	56
3.6 Выводы	69

3.6.1	Большинство подходов, как правило, относятся к группам населения с определенными заболеваниями	82
3.6.2	Наблюдается тенденция к повышению роли медсестер в оказании и координации помощи	82
3.6.3	Подходы по снижению барьеров между секторами пока мало распространены	82
3.6.4	Внедрение подходов часто предполагает наличие финансовых стимулов	83
3.6.5	Уровни поддержки пациентов и медицинских работников варьируют	83
4.	Перспективы на будущее	84
4.1	Извлечь уроки из существующих подходов	85
4.1.1	Принять во внимание точку зрения пациента	91
4.2	Обеспечить (правовые) условия для внедрения инноваций	94
	Ссылки	96

Предисловие

Данная книга состоит из двух томов и основана на результатах проекта DISMEVAL (Разработка и подтверждение эффективности методов оценки ведения заболеваний в европейских системах здравоохранения), финансируемого за счет средств Седьмой рамочной программы (FP7) Европейского союза (Соглашение № 223277). DISMEVAL — трехлетний европейский совместный проект, осуществленный в период с 2009 по 2011 г. Проект внес свой вклад в разработку новых методов исследований и создание доказательной базы для обоснованного принятия решений в области оценки ведения хронических заболеваний (www.dismeval.eu).

В этой книге приведены результаты первого этапа проекта с учетом широкого спектра условий реализации новых подходов к оказанию долгосрочной помощи и проанализированы итоги этих инициатив при непосредственном сравнении их с единой системой оценки. В первом томе описан ряд подходов к оказанию долгосрочной помощи, принятых в 12 европейских странах. Рассматривая предпосылки и препятствия на пути внедрения подходов к оказанию долгосрочной помощи, мы предлагаем врачам и лицам, формирующим политику, ряд способов усовершенствования этих подходов в конкретных политических контекстах.

Во втором томе (доступен на сайте: <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/studies>) подробно описана каждая из 12 стран, по данным которых составлен обзор в первом томе книги.

Ellen Nolte

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Cécile Knai

Лондонская школа гигиены и тропической медицины

Richard B. Saltman

Университет Эмори в Атланте

Выражение признательности

В проекте DISMEVAL под руководством исследовательского института RAND Europe участвовали 10 партнеров из семи стран ЕС и ряд коллег еще из пяти стран. Свой вклад в эту книгу путем сбора и обобщения информации и данных, составления страновых отчетов, представленных во 2-м томе книги, и рецензирования глав прямо или косвенно внесли следующие участники и партнеры этого проекта (место работы указано по состоянию на период выполнения проекта DISMEVAL):

RAND Europe, Кембридж, Соединенное Королевство:

Laura Brereton, Annalijn Conklin, Saba Hinrichs, Ellen Nolte, Janice Pedersen, Martin Roland (специальный консультант RAND Europe)

Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Лондон, Соединенное Королевство:

Cécile Knai

Частный медицинский университет имени Парацельса, Зальцбург, Австрия:

Maria Flamm, Andreas Sönnichsen

Копенгагенский университет, Копенгаген, Дания:

Anne Frølich, Ramune Jacobsen

Университет Paris-Est Créteil Val de Marne, Париж, Франция:

Matthias Brunn, Benjamin Cadier, Karine Chevreul, Isabelle Durand-Zaleski

Университет имени Гете, Франкфурт-на-Майне, Германия:

Antje Erler, Birgit Fullerton

Университет Маастрихта, Нидерланды:

Arianne M.J. Elissen, Inge G.P. Duimel-Peeters, Cor Spreeuwenberg, Hubertus J.M. Vrijhoef

Исследовательский центр Léon Bérard Lyon et Rhône-Alpes, Лион, Франция:

Fadila Farsi, Hélène Labrosse

Институт здоровья им. Карлоса III, Мадрид, Испания:

Zuleika Saz Parkinson, Antonio Sarria Santamera

AQUA Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen, Геттинген, Германия:

Robert Krohn, Boris Pöhlmann

Кроме того, отчеты об отдельных странах, не охваченных партнерством DISMEVAL, представили следующие эксперты:

Венгрия: Márton Csere, Peter Gaal

Италия: Antonio Giulio de Belvis, Walter Ricciardi, Maria Lucia Specchia, TD Luca Valerio

Латвия: Maris Taube

Литва: Liubove Murauskiene, Maria Veniute

Эстония: Taavi Lai

Швейцария: Isabelle Peytremann-Bridevaux, Bernard Burnand, Ignazio Cassis

Мы также благодарим Jonathan North и Caroline White.

Список таблиц и вставок

Таблицы

Таблица 1.1	Дифференцирование острых и хронических состояний	17
Таблица 2.1	Анализ обзоров: фактические данные об эффективности программ ведения заболеваний	25
Таблица 3.1	Принципы финансирования здравоохранения в 12 европейских странах	37
Таблица 3.2	Отдельные характеристики систем здравоохранения в 12 европейских странах	39
Таблица 3.3	Общие сведения о подходах к ведению хронических заболеваний в 12 европейских странах	44
Таблица 3.4	Финансирование, распределение и использование подходов к ведению хронических заболеваний в 12 европейских странах	57
Таблица 3.5	Компоненты ведения хронических заболеваний, используемые в 12 европейских странах	70

Вставки

Вставка 1.1	Подходы к ведению хронических заболеваний или долгосрочной помощи: термины и определения	18
Вставка 4.1	Препятствия для оценки, выявленные в пяти европейских странах	90
Вставка 4.2	Сокращение расхождений между политическими намерениями и фактической реализацией: данные из проекта DISMEVAL	94

Список сокращений

ВВП	Валовой внутренний продукт
ВОП	Врач общей практики
ВСС	Выплаты за счет собственных средств пациента
ДМС	Добровольное медицинское страхование
ДСГ	Диагностически связанная группа
ЕС	Европейский союз
ИБС	Ишемическая болезнь сердца
МОДП	Модель оказания долгосрочной помощи
ОМС	Обязательное медицинское страхование
ПВЗ	Программа ведения заболевания
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ППС	Паритет покупательной способности
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
ССЗ	Сердечно-сосудистое заболевание
ХОБЛ	Хроническая обструктивная болезнь легких
ASALEE	Деятельность групп самозанятых медицинских работников в области здравоохранения (Франция)
ASL	Местные органы здравоохранения (Италия)
AWBZ	Закон о чрезвычайных медицинских расходах (Нидерланды)
BRASS	Скрининговая шкала оценки риска по Blaylock
CAP1	Контракты на улучшение индивидуальной практики (Франция)
CHF	Швейцарский франк
CCP	Пилотный проект координации оказания помощи (Care coordination pilot)
CMP	Программа оказания помощи (Care management programme)
CNAM	Национальный фонд медицинского страхования (Франция)
COPA	Координация оказания помощи пожилым людям (Франция)
DBC	Комбинации диагностики и лечения (Diagnosis and treatment combinations, Нидерланды)
DIEP	Интерактивная обучающая программа по диабету (Diabetes Interactive Education Programme)
DDKM	Датская модель качества (Дания)
DKK	Датская крона
EBM	Единая оценочная шкала (Германия)
EEP	Оценка профессиональной практики (Франция)
EHIF	Эстонский фонд медицинского страхования (Estonian Health Insurance Fund)
FFS	Сдельная оплата услуг (Fee-for-service)
FIQCS	Интервенционный фонд координации качества и помощи (Франция)

HAS	Национальный орган здравоохранения (Франция)
HMO	Организация по поддержанию здоровья (Health maintenance organization)
ICC	Договор комплексного оказания помощи (Integrated care contract)
ICP	Пилотная программа комплексного оказания помощи (Integrated care pilot)
IGEA	Интеграция, лечение и помощь при диабете (Италия)
LKF	Финансирование, зависящее от результативности (Австрия)
MIGAC	Дотации на задачи, представляющие общественный интерес, и в помощь переходу на договорные отношения (Missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation, Франция)
NHFA	Управление фонда национального медицинского страхования (Венгрия)
ÖDG	Австрийское общество диабета
PbR	Оплата по результату (Payment by result, Англия)
PCT	Траст первичного здравоохранения (Primary Care Trust, Англия)
POPP	Проект Партнерство для пожилых людей (Partnership for Older People Project, Англия)
PPS	Программа индивидуальной помощи (Франция)
QALY	Годы жизни с поправкой на ее качество (Quality-adjusted life years)
QOF	Программа качества и результатов (Quality and Outcomes Framework, Англия)
RCP	Совещание многопрофильной группы специалистов (Франция)
ROSP	Выплаты на основании конкретных целей общественного здравоохранения (Франция)
RSA	Схема компенсации структуры рисков (Германия)
SIKS	Объединение усилий в помощь людям, живущим с хроническим заболеванием (Дания)
SSI	Государственный институт сывороток (State Serum Institute, Дания)
SSN	Национальная служба здравоохранения (Италия)
URCAM	Региональные союзы страховых фондов (Франция)
VerAH	Помощники по уходу в семейной медицине (Германия)
WMO	Закон о социальной помощи (Нидерланды)
ZiO	Помощь и ее развитие (Нидерланды)

Эксперты, принимавшие участие в написании 1-го тома

Cécile Knai — старший преподаватель, Исследовательский отдел инноваций в политике, факультет общественного здравоохранения и политики, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Лондон, Соединенное Королевство.

Ellen Nolte — ведущий автор и редактор этого тома. Она является координатором офисов Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения в Лондонской школе экономических и политических наук и Лондонской школе гигиены и тропической медицины, Лондон, Соединенное Королевство.

Emma Pitchforth — ведущий исследователь Программы исследований в области здоровья и здравоохранения в RAND Europe, Кембридж, Соединенное Королевство.

Richard B. Saltman — профессор, специалист по политике и управлению в области здравоохранения, Школа общественного здравоохранения имени Роллинса, Университет Эмори, Атланта, шт. Джорджия, США. Он также является научным руководителем по вопросам политики в области научных исследований Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.

Глава 1

Введение

Ellen Nolte, Cécile Knai

1.1 Общие сведения

Реагирование на бремя хронических заболеваний представляет собой сложную задачу для всех систем здравоохранения. Выживает все больше людей с некогда смертельными заболеваниями, и распространенность хронических болезней растет во многих странах, что связано с общим старением населения и достижениями в области медицины (Yach et al., 2004). В Европейском союзе (ЕС) в 2006 г. о длительных нарушениях здоровья сообщали от 20% до 40% населения в возрасте 15 лет и старше, а каждый четвертый получал долгосрочное медицинское лечение (TNS Opinion & Social, 2007). Другие исследования показали, что в семи странах с высоким доходом, включая Германию, Нидерланды и Соединенное Королевство, распространенность самых частых хронических расстройств у взрослых в возрасте 18 лет и старше составляет около 50% (Schoen et al., 2007).

Хотя растущее бремя хронических болезней частично обусловлено старением населения, необходимо признать, что эти заболевания встречаются не только у пожилых людей. Так, от некоторых форм хронических нарушений здоровья все чаще страдают дети и молодые люди (Barnett et al., 2012; Van Cleave, Gortmaker & Perrin, 2010), при этом более 80% случаев преждевременной смерти в Европе, по оценкам, обусловлены неинфекционными заболеваниями (Институт показателей и оценки здоровья, 2013а).

Точный уровень, распределение и характер бремени хронических заболеваний в Европе оценить пока сложно (Pomerleau, Knai & Nolte, 2008), однако ясно, что хронические заболевания играют важную роль, поскольку сильно влияют на показатель числа лет жизни, прожитых в хорошем состоянии здоровья. В странах с высоким уровнем доходов основными причинами инвалидности являются расстройства психики (например, депрессии и тревожные расстройства), опорно-двигательного аппарата (например, боли в пояснице), хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), бронхиальная астма или диабет (Институт показателей и оценки здоровья, 2013б). При этом, согласно прогнозам, в течение следующих двух десятилетий роль диабета возрастет, особенно на фоне повышения уровней избыточного веса и ожирения (Danaei et al., 2013; Finucane et al., 2011).

Все это сильно влияет на системы здравоохранения и общество в целом. Хронические заболевания ложатся тяжелым бременем на национальные экономики, причем соответствующие расходы составляют согласно оценкам вплоть до 7% от валового внутреннего продукта страны (Suhrcke et al., 2006). Социальные издержки частично являются результатом прямых затрат на здравоохранение, включая медицинские услуги, медикаменты и потенциально дорогостоящие вмешательства, а также дополнительных косвенных расходов, например из-за невыходов на работу и снижения производительности труда (Suhrcke, Fahey & McKee, 2008). Все это усугубляет трудности, с которыми сталкиваются системы здравоохранения, поэтому необходимы эффективные меры профилактики заболеваний путем ослабления факторов риска основных хронических болезней и противодействия предпосылкам вредных привычек (Novotny, 2008). Наряду с этим нужно удовлетворять потребности, вызванные хроническими нарушениями здоровья, чтобы люди с подобными заболеваниями могли участвовать в жизни общества.

Цель помощи пациентам с хроническими заболеваниями заключается не в излечении, а в улучшении функционального состояния, облегчении симптомов, продлении жизни путем вторичной профилактики и повышения качества жизни (Grumbach, 2003). Достижению этой цели препятствует традиционная модель медицинской помощи, оказываемой эпизодически, в критические моменты, когда пациент, как правило, — пассивный получатель помощи, а задача лечения состоит в нормализации его состояния (Holman & Lorig, 2000). Традиционная модель медицинской помощи оказывается несостоятельной, в частности, при наличии нескольких заболеваний и, соответственно, разнообразных, иногда противоречащих друг другу потребностей (Piette, Richardson & Valenstein, 2004). Нужна модель, которая включает в себя согласованный вклад широкого круга медицинских работников в течение длительного времени, когда в центре находится пациент как один из участников оказания помощи, что позволит оптимизировать показатели здоровья (Nolte & McKee, 2008a).

Однако предоставление медицинских услуг развивалось таким образом, что оказание помощи, как правило, разделено на фрагменты как внутри, так и между секторами, например из-за структурных и финансовых барьеров между первичной и вторичной медицинской помощью и между здравоохранением и социальной помощью, разных организационных и профессиональных культур и отличий в управлении и подотчетности (Glasby, Dickinson & Peck, 2006). Таким образом, существует потребность в новых моделях предоставления услуг, которые характеризуются сотрудничеством и взаимодействием между разными специалистами и учреждениями, традиционно работающими самостоятельно.

Растущее осознание этой потребности побуждает многие страны изучать новые подходы к оказанию медицинской помощи во имя преодоления границ между профессиями, поставщиками медицинских услуг и учреждениями и,

следовательно, оказывать надлежащую помощь пациентам с длительными нарушениями здоровья. Ранее мы показали, как различаются попытки осуществить это в разных странах, причем многие реализуют некоторую форму ведения (хронического) заболевания, хотя характер и масштабы соответствующих подходов отличаются (Nolte, Knai & McKee, 2008). Мы обнаружили, что реализуемые стратегии, как правило, отражают характеристики отдельных систем здравоохранения в части взаимодействия и подотчетности различных заинтересованных сторон в вопросах регулирования, финансирования и предоставления медицинских услуг. В частности, можно предположить, что системы здравоохранения, в которых пациенты традиционно выбирают своего поставщика услуг без официальной регистрации, а оплата услуг преимущественно сделанная, могут столкнуться с наиболее серьезными проблемами при адаптации к оказанию эффективной долгосрочной помощи (Busse & Mays, 2008).

Тем не менее, необходимо продолжить разработку этой доказательной базы, используя точный сравнительный подход и единую систему оценки, чтобы лучше понимать разнообразные условия, в которых реализуются новые подходы к долговременной помощи, и оценивать результаты этих инициатив. Также нужно лучше разобраться в сути этих новых моделей, которые часто применяют исходя из интересов разных дисциплин и профессий с различными целями. Эта книга вносит свой вклад, описывая несколько подходов к оказанию долговременной помощи в 12 европейских странах. Рассматривая предпосылки и препятствия на пути внедрения подходов к ведению хронических заболеваний, мы предлагаем врачам и лицам, формирующим политику, ряд способов совершенствования этих подходов в конкретных политических контекстах.

1.2 Концепция этой книги

За основу взята более ранняя работа, посвященная изучению контекста системы здравоохранения в отношении хронических заболеваний (Nolte & McKee, 2008a). Также мы оценили доказательную базу по долговременной помощи (Nolte & McKee, 2008b) и изучили опыт восьми стран в Европе и за ее пределами (Nolte, Knai & McKee, 2008). Эта ранняя работа расширена с учетом подходов к ведению (хронических) заболеваний и стратегий оценки в целом ряде европейских стран, сведения о которых были собраны в рамках проекта DISMEVAL (Разработка и подтверждение эффективности методов оценки ведения больных в европейских системах здравоохранения). DISMEVAL — это трехлетний европейский совместный проект, осуществленный в период с 2009 по 2011 г. с целью содействия разработке новых методов исследований и создания доказательной базы для обоснованного принятия решений по оценке ведения хронических заболеваний. Проект финансировался за счет средств Седьмой рамочной программы Европейской комиссии.

1.2.1 Концепции хронического заболевания и ведения хронического заболевания

Хронические состояния или хронические нарушения здоровья описывают по-разному (Nolte, McKee & Knai, 2008), поэтому важно кратко изложить терминологию, которая будет использована в этой книге. Мы приняли общее определение, основанное главным образом на проявлениях и связанных с ними потребностях в медицинской помощи, а не на причине рассматриваемого состояния (Unwin, Epping Jordan & Bonita, 2004). Выделены острые состояния, потенциально излечимые в короткие сроки, и хронические состояния, которые либо неизлечимы, либо требуют длительного лечения и ухода, с возможностью интеркуррентных эпизодов или острых заболеваний, связанных с хроническим состоянием (Holman & Lorig, 2000). Эта классификация обобщена в таблице 1.1.

Это определение охватывает ряд широко распространенных долговременных нарушений здоровья, таких как диабет, сердечные заболевания или ХОБЛ, а также прогрессирующие психические и неврологические расстройства. Оно также включает в себя инвалидность и нарушения, не классифицируемые как заболевания, например нарушения со стороны опорно-двигательного аппарата, а также отдельные инфекционные заболевания, такие как заражение вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)/синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) (Nolte & McKee, 2008a). Мы также рассматриваем злокачественные новообразования, поскольку в некоторых случаях подходы к ведению хронических болезней также могут быть нацелены на некоторые

Таблица 1.1 Дифференцирование острых и хронических состояний

	Острое состояние	Хроническое состояние
Начало	Внезапное	Обычно постепенное и часто слабовыраженное
Длительность	Ограниченная	Большая или неопределенная
Причина	Обычно одна причина	Обычно несколько причин, меняющихся с течением времени
Диагноз и прогноз	Обычно точный	Часто неопределенный
Специальное вмешательство	Обычно эффективно	Часто эффект неясен, распространены побочные явления
Исход	Возможно излечение	Неизлечимо
Неопределенность	Минимальная	Преобладающая
Знания	Специалисты обладают знаниями, пациенты не осведомлены	Специалисты и пациенты имеют знания и опыт, дополняющие друг друга

Источники: По материалам Департамента здравоохранения (2004), на основании работы Holman & Lorig (2000).

онкологические заболевания, например программы борьбы с раком молочной железы в Германии или онкологические сети во Франции (Nolte, Knai & McKee, 2008).

Из всех подходов для этой книги отобраны только те, которые относятся к ведению пациентов с установленными хроническими нарушениями здоровья. Также рассмотрены меры вторичной профилактики для людей, подверженных высокому риску развития хронического инвалидизирующего заболевания, например управление рисками сосудистых заболеваний. Однако меры первичной профилактики или укрепления здоровья в контексте этой работы мы не рассматривали.

Хотя проект DISMEVAL был ориентирован на подходы, в целом относящиеся к «ведению заболеваний», важно признать, что определения этого понятия широко варьируются (Krumholz et al., 2006; Nolte & McKee, 2008b). Во 2-й главе мы обсудим различия в терминологии и их влияние на создание надежной доказательной базы. С самого начала и для целей проекта DISMEVAL мы определили, что понятие «ведение заболеваний» включает в себя следующие компоненты: (1) комплексный подход к оказанию или координации помощи среди поставщиков услуг, включая врачей, больницы, лаборатории и аптеки; (2) обучение пациентов; и (3) мониторинг или сбор данных о результатах лечения пациентов для раннего выявления потенциальных осложнений (Krumholz et al., 2006). Однако мы признаем, что подходы, изучаемые в странах Европы, могут не полностью подпадать под это определение. В нашем исследовании охвачен ряд моделей, в которых предусмотрен ряд мер по борьбе с заболеваниями, преследующих одну и ту же цель, а именно улучшение помощи больным с хроническими нарушениями здоровья. Поэтому рассмотрен более широкий спектр подходов, которые мы отнесли к «ведению хронических заболеваний» или долгосрочной помощи. На вставке 1.1 представлен обзор ряда подходов, рассмотренных в данном исследовании.

Вставка 1.1 Подходы к ведению хронических заболеваний или долгосрочной помощи: термины и определения

Ведение отдельного клинического случая: тщательный мониторинг пациента с комплексными потребностями, осуществляемый конкретным специалистом, обычно (специализированной) медсестрой, посредством разработки планов ухода или лечения, которые учитывают нужды отдельного пациента, подверженного высокому социальному, финансовому и медицинскому риску (Krumholz et al., 2006).

Комплексное оказание помощи: типы сотрудничества, партнерства или сети между поставщиками медицинских и социальных услуг, действующими совместно в целях удовлетворения комплексных потребностей отдельного пациента/клиента или категории лиц с аналогичными потребностями/проблемами (Kodner & Spreeuwenberg, 2002; Nies & Bergan, 2004).

Контролируемая выписка: механизмы перемещения пациента из больницы в соответствующие условия (первичная медико-санитарная помощь, помощь на базе сообщества) для содействия выявлению и удовлетворению потребностей в медицинской и социальной помощи, реабилитации и восстановлении.

Вставка 1.1 (продолжение)

Медсестринская клиника: официально утвержденный и структурированный механизм оказания медицинской помощи, при котором медсестра с высоким уровнем практических навыков в конкретной области здравоохранения (фельдшер, медицинская сестра-специалист, частнопрактикующая медсестра) оказывает первичную помощь. Медсестра ведет пациентов самостоятельно или совместно с другими членами группы медицинских работников, выполняя не менее 80% работы. Ключевые мероприятия: терапевтический сестринский уход, включающий оценку и анализ; обучение/консультирование по вопросам здоровья; лечение и процедуры; а также ведение пациента. (Примечание. Медсестринские клиники отличаются от сестринского ухода, поскольку отражают официально утвержденную и структурированную организацию предоставления услуг, в то время как сестринский уход также включает в себя и другие мероприятия, например ведение пациента, патронаж, выписку из больницы и т.п.) (Wong & Chung, 2006).

Механизмы оказания помощи (синонимы: клинический протокол, план оказания помощи, механизм комплексной помощи): целенаправленные планы оказания помощи, которые определяют основные этапы ухода за пациентами с конкретной клинической проблемой и описывают ожидаемое клиническое течение болезни пациента (Campbell et al., 1998).

Модель оказания долгосрочной помощи (МОДП): концептуальная схема, представляющая собой структуру организации медицинского обслуживания, состоящую из четырех ключевых компонентов: (1) поддержка самопомощи; (2) план системы предоставления медицинских услуг; (3) поддержка в принятии решений; и (4) клинические информационные системы (Wagner et al., 1999).

Программа ведения заболевания (ПВЗ): определения (программы) ведения заболевания существенно варьируются. Общие черты: (1) комплексный подход к оказанию/координации помощи среди поставщиков услуг, включая врачей, больницы, лаборатории и аптеки; (2) обучение пациентов; и (3) мониторинг или сбор данных о результатах лечения пациентов для раннего выявления потенциальных осложнений (Krumholz et al., 2006). Программы лечения заболевания, как правило, не включают общую координацию оказания помощи. Также обычно в них не входят профилактические услуги, такие как вакцинация против гриппа.

Сеть поставщиков услуг: группа поставщиков, объединяющая различные уровни оказания помощи (например, здравоохранение и социальная помощь или первичная и вторичная медицинская помощь).

Согласованное оказание помощи (синоним: управление оказанием помощи): разработка и реализация лечебного плана, призванного объединить усилия поставщиков медицинских и социальных услуг, зачастую с привлечением лиц, назначенных для организации сотрудничества с этими поставщиками.

Участие многопрофильной группы специалистов: «расширенное» ведение отдельных случаев, обычно также включающее в себя разработку планов лечения с учетом медицинских, социально-психологических и финансовых потребностей пациентов. Ключевая особенность – участие более широкого круга медицинских и социальных работников (включая врачей, медсестер, фармацевтов, диетологов, социальных работников и других) для содействия переходу от стационарной неотложной помощи к долгосрочному амбулаторному лечению хронических заболеваний (Krumholz et al., 2006).

Источник: составлено авторами

1.2.2 Страны, включенные в обзор

Для обзора мы выбрали 12 стран: Австрию, Англию, Венгрию, Германию, Данию, Италию, Латвию, Литву, Нидерланды, Францию, Эстонию и Швейцарию (единственная страна, не входящая в ЕС). Пять из этих стран (Англия,

Германия, Дания, Нидерланды и Франция) были рассмотрены в предыдущей работе (Nolte, Knai & McKee, 2008), но дополнительно развили существующие или внедрили новые подходы, поэтому их опыт поможет выявить предпосылки этого развития (или препятствия для дальнейшего развития).

Обзор был основан на структурированной схеме сбора данных о подходах к ведению хронических заболеваний в европейских системах здравоохранения. В основу этой схемы, в свою очередь, легли более ранние работы Nolte, Knai и McKee (2008), с учетом модели оказания долгосрочной помощи, разработанной Wagner и коллегами в США (Wagner, 1998). Сбор данных в этих странах осуществляли ключевые информанты. В задачи этого исследования не входило всеобъемлющее описание всех подходов в конкретной стране; ключевым информантам было предложено представить «образец» подходов, характерных для данной системы здравоохранения с точки зрения типа и контекста модели предоставления услуг, задействованных поставщиков, ключевых стратегий и охваченного населения. Представленные здесь данные отражают информацию, собранную к лету 2011 г.; в случае необходимости и целесообразности были внесены обновления по состоянию на начало 2014 г. Страновые отчеты легли в основу систематического сравнения между разными странами в этой книге. Более подробная информация о сборе данных для страновых отчетов приводится в сопроводительном томе к этой книге (Nolte & Knai, 2015).

1.3 Об этой книге

В главе 2 представлен краткий обзор рецензированной литературы по ведению хронических заболеваний. В главе 3 изложены ключевые результаты нашего опроса 12 европейских стран о подходах к оказанию долгосрочной помощи. Завершает книгу глава 4 с кратким анализом результатов, о которых сообщалось в предыдущих разделах. Мы советуем читать эту книгу вместе со вторым томом, в котором приведены подробные обзоры по каждой из 12 рассмотренных в этой работе стран, послужившие доказательной базой для итогового обзора, представленного в данной книге (Nolte & Knai, 2015).

Что нам известно: краткий обзор фактических данных о подходах к долгосрочной помощи

Ellen Nolte, Cécile Knai

В этой главе дан краткий обзор доказательной базы по долгосрочной помощи¹. На основании нашей более ранней работы (Nolte & McKee, 2008b, Nolte & Pitchforth, 2014) в ней обобщаются данные о подходах к оказанию помощи людям с хроническими заболеваниями. Глава начинается с краткого описания концепций в контексте долгосрочной помощи и анализа общих черт и различий между такими терминами, как ведение заболевания и комплексное оказание помощи. Затем представлен обзор опубликованных фактических данных об эффективности отдельных подходов к улучшению помощи людям с хроническими заболеваниями. В заключительном разделе излагаются основные пробелы в нашем понимании эффективных подходов к долгосрочной помощи.

2.1 Ведение пациентов с хроническими заболеваниями: концепции и определения

Одно из препятствий к определению эффективных подходов к ведению людей с хроническими заболеваниями — отсутствие общих определений для базовых понятий. Есть множество терминов, например комплексная помощь, согласованная помощь, совместная помощь, управляемая помощь, ведение заболевания, ведение случая, помощь, ориентированная на пациента, долгосрочная помощь, непрерывное оказание помощи и другие (Nolte & McKee, 2008b). Несмотря на принципиальные отличия, эти термины часто используют как синонимы без четких границ (Kodner & Spreuwenberg, 2002) в силу участия представителей разных дисциплин со своими взглядами, а также разнообразия целей в сфере «долгосрочной помощи» (Nolte & McKee, 2008b). Этот вопрос имеет не только теоретическое, но и большое практическое значение. Эмпирические данные по подходам в рамках вышеуказанных терминов бы-

¹ Эта глава основана на кратком обзоре «Надлежащая практика долгосрочной помощи», послужившем доказательной базой для Международного симпозиума по политике здравоохранения, проведенного в 2013 г. Фондом содружества в Нью-Йорке (не опубликовано).

вает трудно сравнивать между собой из-за отсутствия ясности в определении и описании изучаемого подхода. Таким образом, трудно сделать выводы о преимуществах того или иного подхода.

Возьмем, к примеру, две распространенных концепции в контексте ведения хронических заболеваний: ведение болезни и комплексное оказание помощи. Ранее мы утверждали, что эти две концепции могут отражать два противоположных по сути подхода, которые в конечном итоге направлены на обеспечение экономически эффективного и качественного обслуживания пациентов с разнообразными потребностями (Nolte & McKee, 2008b). Ведение заболевания, по определению, традиционно относится к группам пациентов с конкретными заболеваниями, такими как диабет, тогда как комплексное оказание помощи обычно охватывает более широкий круг людей со сложными потребностями в силу многочисленных хронических заболеваний в сочетании с ослаблением организма в пожилом возрасте. Однако позднейшие определения термина «ведение заболевания» с расширенными представлениями о подходе с учетом многочисленных потребностей групп населения (Population Health Alliance [Альянс здоровья населения], 2014; Geunan, 2007) все больше размывают границы между этими понятиями.

2.1.1 Ведение заболевания

Ведение заболеваний было впервые описано в США в 1980-х годах. Изначально основной акцент делался на обучающие программы, направленные на обеспечение соблюдения режима медикаментозного лечения и на изменение поведения среди пациентов с определенными хроническими заболеваниями (Bodenheimer, 1999). С середины 1990-х годов параллельно с появлением совокупности доказательств в пользу стратегий по ведению заболеваний для улучшения качества обслуживания и экономии средств эти стратегии стали шире приниматься как в частном, так и в государственном секторах здравоохранения США (Krumholz et al., 2006). В последнее время соответствующие концепции реализованы в нескольких европейских странах (Nolte & Hinrichs, 2012; Rijken et al., 2014), а также в Австралии (Glasgow et al., 2008). Однако, как отмечается во введении к этой книге, подходы широко варьируются в плане приоритетов, масштаба вмешательств и охваченных групп населения (Nolte & Hinrichs, 2012). В США описания этой концепции варьируются от «отдельных программ по снижению издержек и улучшению здоровья пациентов с определенными заболеваниями» (Rothman & Wagner, 2003:257) до «системы согласованных медико-санитарных вмешательств и информирования для групп населения с такими заболеваниями, при которых большое значение имеют усилия пациента по самопомощи» (Альянс здоровья населения, 2014). Второе, всеобъемлющее определение американского Альянса здоровья населения предлагает не концентрировать внимание только на одном заболевании, но перейти к модели, которая рассматривает человека в целом и учитывает потребности пациентов с несколькими сочетанными заболеваниями.

Тем не менее, хотя авторы все чаще применяют это более полное определение, сохранились отличия в том, что именно понимается под ведением заболевания, как указано далее в этой главе (Coleman et al., 2009; Lemmens, Nieboer & Huijsman, 2009; Pimouguet et al., 2011). Важно отметить, что во многих случаях основное внимание по-прежнему уделяется единичным заболеваниям, хотя и с некоторыми поправками на сочетанную патологию (Fullerton, Nolte & Erler, 2011). По-прежнему есть сомнения в пригодности современных подходов к ведению заболеваний для решения комплексных потребностей пациентов с несколькими патологическими процессами (Aspin et al., 2010; Nolte et al., 2012a; Rijken et al., 2014).

2.1.2 Комплексное оказание помощи

В отличие от концепции ведения заболевания, комплексное оказание помощи традиционно обсуждалось в сфере здравоохранения и социального обеспечения в отношении взаимодействия секторов лечения и ухода (Kodner & Spreuwenberg, 2002; Leutz, 1999). Однако концепция комплексного оказания медицинской и социальной помощи применяется недостаточно четко, выдвигаются различные варианты ее осмысления с акцентом, например, на роли здравоохранения (Gröne & Garcia-Barbero, 2001) или пониманием интеграции с точки зрения финансирования и предоставления услуг в контексте управляемой помощи (Øvretveit, 1998; Shortell, Gillies & Anderson, 1994). Общей для концепций и подходов комплексного оказания помощи является их основная цель — улучшить показатели здоровья пожилых людей, часто ослабленных, а также других групп населения с разнообразными и сложными потребностями. Основное внимание уделяется потребителям услуг с многогранными проблемами, которым нужна помощь в повседневной жизни (Nolte & McKee, 2008b).

С этой точки зрения понятие комплексного оказания помощи может отличаться от ведения заболевания. Но с учетом недавнего осмысления концепции ведения заболевания, которая охватывает модели совместного оказания помощи и более широкие группы населения, за что ратует Альянс общественного здравоохранения (2014), а также интерпретацию комплексного оказания помощи, которая часто ограничивается связями в секторе здравоохранения, все труднее разграничить эти две концепции. Эту проблему иллюстрирует анализ систематических обзоров, проведенный Ouwens et al. (2005). Его цель состояла в оценке эффективности, определений и компонентов программ комплексного оказания помощи хронически больным; однако большая часть рассмотренных систематических обзоров относилась к программам ведения заболеваний.

Этот последний момент подчеркивает сохраняющиеся сложности с дифференцированием подходов в области долгосрочной помощи. На основании этих наблюдений мы утверждаем, что концепции комплексной помощи и более узкие, специализированные методы ведения заболеваний имеют общую цель —

улучшить показатели здоровья пациентов с (комплексными) хроническими болезнями, наладив взаимодействие между различными поставщиками услуг здравоохранения в рамках стратегии непрерывной помощи (Nolte & McKee, 2008b). Однако концепции комплексного оказания помощи часто связаны с сектором социального обслуживания, тогда как программы ведения заболеваний обычно ограничиваются взаимодействиями в пределах сектора здравоохранения. Кроме того, как отмечалось ранее, ведение заболеваний, как правило, ограничивается единичными болезнями.

2.2 Что нам известно: обзор доказательной базы по подходам к ведению пациентов с хроническими заболеваниями

В этом разделе представлены ключевые наблюдения из недавних кратких обзоров фактических данных по ведению заболеваний и комплексной помощи, опубликованных в других изданиях (Nolte, 2015; Nolte & Pitchforth, 2014). Оба обзора были сосредоточены на опубликованных систематических анализах и мета-анализах в соответствующей области на основе вышеупомянутой работы Ouwens et al. (2005). Предмет нашей предыдущей работы был иным, но в обоих случаях мы ограничились публикациями начиная с 2004 г., поскольку обзор Ouwens с соавторами (2005) охватывал систематические анализы и мета-анализы, вышедшие с 1996 г. по май 2004 г. Подробные сведения об этих обзорах есть в работах Nolte (2015) и Nolte & Pitchforth (2014). Там, где это необходимо, мы дополняем это резюме более поздними фактическими данными, не вошедшими в наши предыдущие обзоры.

2.2.1 Ведение заболевания

В ходе анализа эффективности программ, определяемых в широком смысле как ведение заболеваний, мы обнаружили 15 подходящих систематических обзоров или мета-анализов, опубликованных в период с января 2004 г. по октябрь 2012 г. (Nolte, 2015). В таблице 2.1 представлено резюме основных результатов.

Наиболее часто обзоры были посвящены депрессии (Neumeyer-Gromen et al., 2004; Thota et al., 2012), сердечной недостаточности (Drewes et al., 2012; Göhler et al., 2006; Gonseth et al., 2004, Roccaforte et al., 2005), диабету (Egginton et al., 2012; Knight et al., 2005; Pimouguet et al., 2011), ХОБЛ или бронхиальной астме (Adams et al., 2007; Peytremann-Bridevaux et al., 2008; Lemmens, Nieboer & Huijsman, 2009) либо их сочетанию (de Bruin et al., 2011; Ofman et al., 2004; Tsai et al., 2005). Определения ведения заболевания в разных исследованиях отличались друг от друга, хотя все были основаны на комплексном понимании согласно, например, определению Ellrodt et al. (1997:1687): «подход к оказанию помощи пациентам, при котором медицинские ресурсы координируются для пациентов во всей системе предоставления услуг». Другие были построены на МОДП, предложенной Wagner (1998), в которой рассматриваются шесть важнейших элементов для улучшения помощи при хронических заболеваниях (см. вставку 1.1). В нескольких обзорах

Таблица 2.1 Анализ обзоров: фактические данные об эффективности программ ведения заболеваний

Заболевание	Функциональное состояние, клинические исходы	Использование услуг здравоохранения	Качество жизни пациента	Удовлетворенность пациента	Смертность	Процесс	Стоимость
Хроническая сердечная недостаточность							
Gonseth et al. (2004)		↓					(↓)
Roccaforte et al. (2005)		↓	?		↓	+	
Göhler et al. (2006)		↓			↓		
Drewes et al. (2012)		↓	+		↓		
Диабет							
Knight et al. (2005)	+ /(+)	(↓)	(+)	(+)		(+)	
Pirmouquet et al. (2011)	+				=		
Egginton et al. (2012)	+		(+)			(+)	?
ХОБЛ							
Adams et al. (2007)	+ /(+)	↓	?		=		(↓)
Peutremann-Bridevaux et al. (2008)	+ /(+)	↓	?	(?)	=	(+)	
Lemmens, Nieboer & Huijsman (2009)	=	↓/(↓)	+	(+)		(+)	
Депрессия							
Neumeier-Gromen et al. (2004)	+		+	+		+	?
Thota et al. (2012)	+		+	+		+	
Сочетание патологических состояний							
Ofman et al. (2004)	+ /(+)	(↓)	(+)	+	0	+ /(+)	(↓)
Tsai et al. (2005)	+		+ /(+)			+ /(+)	
de Bruin et al. (2011)							(↓)

Примечания: ↓ - значительное снижение в более чем половине рассмотренных исследований; (↓) - некоторые признаки снижения; ↓ / (↓) - значительное снижение числа некоторых исходов; + - значительное улучшение в более чем половине рассмотренных исследований; (+) - некоторые признаки улучшения; + / (+) - значительное улучшение некоторых исходов; = - нет значимых изменений в рассматриваемых исходах; ? - доказательства неубедительны. ХОБЛ - хроническая обструктивная болезнь легких.

были проанализированы первичные исследования как минимум двух отдельных вмешательств, считающихся полезными при оказании помощи пациентам с хроническими заболеваниями, такие как самопомощь пациентов, обратная связь с поставщиками медицинских услуг, структурированное последующее наблюдение или пересмотр функций (Lemmens, Nieboer & Huijsman, 2009; Peytremann-Bridevaux et al., 2008; Pimouguet et al., 2011), либо другие варианты этого понимания концепции (Egginton et al., 2012; Göhler et al., 2006; Neumeuer-Gromen et al., 2004; Roccaforte et al., 2005). Как правило, около половины первичных исследований в этих обзорах проводились в США. Затем следует Австралия, Соединенное Королевство, Канада, Швеция и Нидерланды. В двух обзорах рассматривались исследования, проведенные только в США (Egginton et al., 2012; Neumeuer-Gromen et al., 2004).

В исследованиях рассматривались различные сочетания исходов, в зависимости от интересующего заболевания. Если коротко, в имеющихся обзорах были представлены достаточно последовательные свидетельства положительного влияния мероприятий в рамках стратегии ведения заболевания у пациентов с депрессией. Они продемонстрировали, например, значительное снижение тяжести депрессии (Neumeuer-Gromen et al., 2004), а также в числе прочих исходов, улучшения в отношении симптомов депрессии, соблюдения пациентами режима лечения, ответа на лечение и удовлетворенности получаемой помощью (Thota et al., 2012). Один мета-анализ 102 экспериментальных или квази-экспериментальных исследований, в которых изучали 11 заболеваний, показал, что в том, что касается ведения заболеваний для лиц с депрессией, в самой высокой доле исследований демонстрировались существенные улучшения качества помощи пациентам (48% статистически значимых) (Ofman et al., 2004).

Аналогичная закономерность прослеживалась в отношении вмешательств в рамках ведения заболевания у пациентов с сердечной недостаточностью. У этих пациентов, например, наблюдалось статистически значимое снижение частоты рецидивов заболевания и частоты повторных госпитализаций по любой причине на 10–30% (Gonseth et al., 2004; Roccaforte et al., 2005) при наличии некоторых свидетельств сокращения смертности от всех причин (Roccaforte et al., 2005; Göhler et al., 2006; Savard, Thompson & Clark, 2011; Drewes et al., 2012). Также имелись определенные свидетельства того, что программы, в которых применялся подход с участием многопрофильной группы специалистов, оказали более заметное влияние на показатели исходов (Roccaforte et al., 2005; Göhler et al., 2006). Тем не менее, Savard, Thompson и Clark (2011) в мета-обзоре мета-анализов программ ведения сердечной недостаточности обнаружили, что качество обзоров среднее и очень неоднородное, при этом в исследованиях не учитывается должным образом сложность программ и их неоднородность.

Фактические данные о влиянии стратегии ведения заболевания на диабет также, как правило, демонстрируют в целом положительные эффекты. У паци-

ентов, включенных в программу ведения диабета, особенно значимо улучшается контроль за уровнем сахара, по сравнению с пациентами, получающими обычную помощь, хотя общая клиническая значимость наблюдаемых улучшений остается неясной (Knight et al., 2005; Pimouguet et al., 2011; Egginton et al., 2012). Однако имеются свидетельства того, что ведение заболевания может быть более эффективным для пациентов, плохо контролирующих свой уровень сахара (Pimouguet et al., 2011). Обзор, выполненный Knight et al. (2005), также показал, что наблюдаемые эффекты были более заметными в исследованиях, проведенных в США, хотя число исследований за пределами США в обзоре невелико (Knight et al., 2005). В целом были отмечены значительные различия в исследованиях, включенных в отдельные обзоры, с точки зрения методов осуществления вмешательств, их продолжительности и задействованных групп населения. Такие же различия были отмечены и в исследованиях, посвященных изучению доказательной базы ведения заболеваний у людей с ХОБЛ или астмой. У участников программ ведения заболеваний отмечено сокращение использования медицинских услуг, таких как госпитализация (Adams et al., 2007; Peytremann-Bridevaux et al., 2008), в то время как влияние на клинические исходы было неоднозначным. Также у этих пациентов отмечено некоторое снижение смертности от всех причин (Peytremann-Bridevaux et al., 2008). В последнем обзоре рассматривались данные исследований из ряда стран, включая Канаду, Нидерланды, Новую Зеландию, Испанию, Швецию и США.

2.2.2 Комплексное оказание помощи

Наш обзор комплексного оказания помощи сконцентрирован на экономическом воздействии соответствующих подходов (Nolte & Pitchforth, 2014). Мы обнаружили 19 систематических обзоров и мета-анализов, опубликованных в период с 2004 по 2012 г., но следует отметить, что в рассмотренных обзорах не было четко определено понятие комплексного оказания помощи. Вместо этого наиболее часто используемые стратегии были описаны как ведение отдельных случаев (Chiu & Newcomer, 2007; Smith & Newton, 2007; Oeseburg et al., 2009; Pimouguet et al., 2010), совместная помощь (Gilbody, Bower & Whitty, 2006; Brink-Huis, van Achterberg & Schoonhoven, 2008; van Steenberghe-Weijenburg et al., 2010) или их комбинации (Phillips et al., 2004; Langhorne et al., 2005; Shepperd et al., 2008; Steffen et al., 2009; Althaus et al., 2011; Smith et al., 2012; Tappenden et al., 2012), наряду с такими понятиями, как планомерное оказание помощи (Simoens et al., 2011). В четырех обзорах основное внимание уделялось мероприятиям в рамках ведения заболевания, которые включали в себя многокомпонентные подходы (Neumeier-Gromen et al., 2004; Maciejewski, Chen & Au, 2009; Steuten et al., 2009; de Bruin et al., 2011). Два из них были также рассмотрены в нашем обзоре ведения заболеваний, о котором сообщалось ранее в этой главе; поэтому в данном разделе мы не будем на них останавливаться (Neumeier-Gromen et al., 2004; de Bruin et al., 2011).

В обзорах рассматривался широкий спектр мероприятий или инициатив, направленных на разные группы людей или популяции. Несколько исследований были проведены у взрослых людей с определенными хроническими заболеваниями, включая боли (Brink-Huis, van Achterberg & Schoonhoven, 2008), депрессию (Gilbody, Bower & Whitty, 2006; van Steenbergen-Weijnenburg et al., 2010), инсульт (Langhorne et al., 2005), астму (Maciejewski, Chen & Au, 2009), ХОБЛ (Steuten et al., 2009), или различные сочетания этих состояний (Smith et al., 2012). В четырех обзорах рассмотрены подходы к оказанию комплексной помощи пожилым людям, которые ослаблены (Oeseburg et al., 2009) или имеют долгосрочные медицинские или социальные потребности (Tappenden et al., 2012), либо определенные хронические заболевания, такие как сердечная недостаточность (Phillips et al., 2004), или тем, кто выписывается из больницы (Chiu & Newcomer, 2007). Три обзора были посвящены взрослым с деменцией или потерей памяти (Pimouguet et al., 2010), имеющим серьезные нарушения психического здоровья (Smith & Newton, 2007) либо получающим помощь в связи с психическими расстройствами (Steffen et al., 2009), в то время как в остальных обзорах рассматривались группы населения с учетом характера использования медицинских услуг (Shepperd et al., 2008; Althaus et al., 2011; Simoens et al., 2011).

Инициативы были часто ориентированы на взаимодействие между больницами и поставщиками услуг первичной медико-санитарной помощи или общественными службами, чаще в контексте планирования выписки или перевода пациента из одной службы в другую (Phillips et al., 2004; Langhorne et al., 2005; Chiu & Newcomer, 2007; Steffen et al., 2009; Althaus et al., 2011; Simoens et al., 2011). В нескольких исследованиях были рассмотрены инициативы по координации работы поставщиков услуг первичной медико-санитарной помощи и общественных служб, часто, хотя и не всегда, при участии медицинских работников (Gilbody, Bower & Whitty, 2006; Brink-Huis, van Achterberg & Schoonhoven, 2008; van Steenbergen-Weijnenburg et al., 2010; Smith et al., 2012) или с привлечением служб социальной помощи (Smith & Newton, 2007; Pimouguet et al., 2010; van Steenbergen-Weijnenburg et al., 2010; Tappenden et al., 2012). Последний тип вмешательств, как правило, ориентирован на пожилых людей с деменцией или психическими расстройствами, нуждающихся в комплексной помощи. В отдельных рассмотренных исследованиях определения того, что представляют собой общественные службы или социальная помощь, были различны, что затрудняло любое обобщение степени их интеграции. Этот последний момент также отражает различия в условиях проведения исследования, поскольку, как правило, около половины первичных исследований из обзоров проводились в США, затем следуют Соединенное Королевство, Австралия, Канада, Новая Зеландия, Нидерланды, Испания, Италия и Швеция.

Аналогично исследованиям эффективности ведения заболеваний, обзоры, посвященные воздействию стратегий комплексного оказания помощи, показывают разнообразные результаты, которые мы попытаемся здесь обоб-

шить. Следует еще раз подчеркнуть, что в нашем исходном обзоре основное внимание было уделено экономическим последствиям использования подходов, которые рассматриваются как комплексное оказание помощи (Nolte & Pitchforth, 2014). Поэтому наш обзор охватывал выбранные актуальные для этого вопроса исследования, которые включали меры, направленные на затраты, и не обязательно охватывали широкий спектр исходов. Эти ограничения продиктованы процессом отбора, а не отсутствием фактических данных; при необходимости мы дополняем наш анализ доказательствами из систематических обзоров, не включенных в наш исходный обзор.

Классифицируя обзоры по типу стратегии или подхода в отношении комплексного оказания помощи, мы обнаружили неоднозначные фактические данные об эффективности стратегии ведения случаев. В одном из обзоров по ведению случаев психических расстройств, который фокусировался на исследованиях, оценивавших лечение с активным участием сообщества в лечении или интенсивное ведение отдельных случаев, были продемонстрированы ограниченные данные о повышении удовлетворенности пациентов (Smith & Newton, 2007). В двух обзорах, посвященных ведению случаев деменции (Pimouguet et al., 2010) или хронических заболеваний у пожилых или ослабленных людей (Oeseburg et al., 2009), сообщалось о сокращении уровней использования услуг. Более поздний обзор ведения пациентов с сердечной недостаточностью, которые были выписаны из больниц, свидетельствовал о значительном снижении частоты повторных госпитализаций, а также показателя смертности от всех причин во время 12-месячного последующего наблюдения (Takeda et al., 2012). Обзоры с оценкой вмешательств, обеспечивающих взаимодействие между больницами и поставщиками услуг первичной медико-санитарной помощи или общественными службами путем координации помощи, демонстрировали повышение удовлетворенности пациентов, на которых были направлены эти вмешательства (Langhorne et al., 2005; Simoens et al., 2011), а также улучшение качества жизни (Phillips et al., 2004; Steffen et al., 2009), но не снижение смертности (Langhorne et al., 2005; Chiu & Newcomer, 2007; Simoens et al., 2011).

В двух обзорах, посвященных методам совместной помощи при депрессии получены согласующиеся результаты, однако, как и для подходов к ведению заболеваний, о которых сообщалось ранее, практически все исследования были проведены в США (Gilbody, Bower & Whitty, 2006; van Steenberg-Weijnenburg et al., 2010). Более поздний Кокрановский обзор данных о совместной помощи при депрессивных и тревожных расстройствах, который также включал исследования, выполненные не в США, показал улучшение исходов в нескольких исследованиях, но статистически значимые улучшения не всегда сохранялись с течением времени (Archer et al., 2012). Brink-Huis, van Achterberg & Schoonhoven (2008) рассмотрели организационные модели совместной помощи при болях у взрослых пациентов с раком и обнаружили, что интенсивность боли снижается при комплексном оказании помощи.

Фактические данные из обзоров по комбинированным стратегиям с ведением отдельных случаев, согласованной или совместной помощью в разных группах пациентов с трудом поддавались обобщению. В целом они, как правило, демонстрировали улучшение клинических или функциональных показателей, а в некоторых случаях — тенденцию к снижению показателей смертности (Shepperd et al., 2008; Tappenden et al., 2012). Один из обзоров, в котором рассматривались вмешательства в отношении пациентов с множественными хроническими заболеваниями в условиях первичной медико-санитарной помощи и на уровне сообществ, показал ограниченные свидетельства их воздействия на исходы, хотя ряд индикаторов процесса, таких как поведение поставщиков услуг, улучшился (Smith et al., 2012).

2.2.3 Экономический эффект ведения заболевания или комплексного оказания помощи

Мы сообщаем об экономическом воздействии ведения заболеваний и комплексного оказания помощи, основываясь на наших обзорах. В обзоре ведения заболеваний было мало исследований, в которых непосредственно изучены затраты, причем данные, как правило, были противоречивыми (Ofman et al., 2004). De Bruin et al. (2011) изучили влияние программ ведения заболеваний на расходы здравоохранения при диабете, депрессии, сердечной недостаточности или ХОБЛ. В 21 из 31 исследования в их обзоре отмечены дополнительные расходы системы здравоохранения на одного пациента в год, а в 13 из них обнаружены свидетельства экономии средств, но эти данные, как правило, либо не проверялись на статистическую значимость, либо различия между ними были незначимы. Авторы отметили существенные различия в содержании и типе рассматриваемых вмешательств, методах экономической оценки, типе прямых расходов на здравоохранение и категориях затрат во всех исследованиях, а также отсутствие данных о достоверности оценок, что подчеркивает необходимость более качественных исследований. Таким образом, авторы пришли к выводу, что «несмотря на широко распространенное мнение о том, что программы ведения заболеваний уменьшают расходы на здравоохранение, данное исследование демонстрирует, что имеющиеся фактические данные в поддержку этого мнения все еще не являются достаточно убедительными» (de Bruin et al., 2011:105), тем самым призывая к проведению хорошо спланированных экономических оценок.

В нашем обзоре, посвященном подходам к комплексному оказанию помощи, наиболее распространенными показателями экономических результатов были использование услуг и стоимость, но сообщения о показателях были разрозненными, а качество доказательств — часто низким (Nolte & Pitchforth, 2014). Большая часть экономических результатов касалась использования услуг стационаров и оценивалась по частоте (повторных) госпитализаций, продолжительности пребывания или числу дней нахождения в стационаре и посещений отделения неотложной помощи. Например, в обзорах мер по координации деятельности между больницами и поставщиками

услуг первичной медико-санитарной помощи или общественными службами сообщалось о сокращении использования больничных услуг (Phillips et al., 2004; Langhorne et al., 2005; Chiu & Newcomer, 2007; Steffen et al., 2009; Simoens et al., 2011).

В большинстве исследований сообщалось о затратах с точки зрения экономии затрат на здравоохранение, чаще всего в связи с больничными расходами. В ряде обзоров отмечены признаки снижения издержек, хотя результаты часто основывались на небольшом количестве оригинальных исследований или неконтролируемых исследованиях типа «до и после» либо на исследованиях обоих этих типов (Phillips et al., 2004; Chiu & Newcomer, 2007; Brink-Huis, van Achterberg & Schoonhoven, 2008; Shepperd et al., 2008; Steffen et al., 2009; Althaus et al., 2011; Simoens et al., 2011). Phillips et al. (2004) подчеркнули влияние организации системы здравоохранения на затраты, продемонстрировав, как совокупные различия в расходах на комплексное планирование выписки для пациентов с сердечной недостаточностью варьировались от 359 долл. США при обычной медицинской помощи в исследованиях за пределами США до 536 долл. США в исследованиях, проведенных в США. Tappenden et al. (2012) в обзоре структурированной помощи на дому, осуществляемой медсестрами, также отметили важность проведенных различий между первоначальными и долгосрочными затратами. Так, они сообщали, что программа ухода за больными с болезнью Паркинсона на уровне местных сообществ изначально увеличивала затраты, тогда как спустя два года затраты были ниже.

Neumeier-Gromen et al. (2004) и van Steenberg-Weijenburg et al. (2010), рассматривая подходы к оказанию помощи лицам с депрессией, сообщали об увеличении затрат, связанных с определенным вмешательством, но затраты на успешно вылеченного пациента были ниже (Neumeier-Gromen et al., 2004). Обзор Jacob et al. (2012), включающий 30 исследований по совместной помощи при депрессивных расстройствах, также предоставляет некоторые свидетельства потенциальной экономии средств при использовании метода совместной помощи по сравнению с обычным уходом. Все три обзора основываются на первичных исследованиях, проведенных в США.

Обзоры также указывали на экономическую эффективность отдельных подходов к комплексному оказанию помощи, хотя доказательная база снова была слабой, часто опираясь на отдельные исследования данного вмешательства. Например, в обзоре подходов, направленных на пациентов, часто пользующихся услугами отделения неотложной помощи, было обнаружено лишь одно исследование, демонстрирующее экономическую эффективность вмешательства (Althaus et al., 2011). Еще в одном обзоре, посвященном структурированным осуществляемым медсестрами на дому услугам по укреплению здоровья для пожилых людей с риском госпитализации или помещения в интернат, на основании трех экономических исследований показана высокая вероятность снижения затрат в связи с этими вмешательствами (Tappenden

et al., 2012). Тем не менее, по данным одного из трех этих исследований, практически нет прироста лет жизни с поправкой на ее качество (QALY) по сравнению с обычным уходом. В четырех обзорах по затратам на 1 QALY как показателя их полезности отмечены неоднозначные доказательства роста расходов при комплексном оказании помощи (Gilbody, Bower & Whitty, 2006; Steuten et al., 2009; van Steenberghe-Weijnenburg et al., 2010; Simoons et al., 2011). Jacob et al. (2012) сообщили об экономической эффективности совместной помощи при депрессивных расстройствах. В целом эти фактические данные трудно интерпретировать.

2.3 Что нужно знать: ограничения существующей доказательной базы

Этот обзор фактических данных о подходах к улучшению долгосрочной помощи может быть неполным, поскольку включает в себя лишь опубликованные систематические анализы. Это значит, что при необходимости мы обращались к сообщениям авторов о результатах оригинальных исследований, что ограничивает объективную оценку, в частности, когда результаты этих исследований не были описаны подробно. Кроме того, даже в самые свежие обзоры не войдут первичные исследования, опубликованные в течение последних 12 месяцев или около того, которые могли бы дать дополнительную информацию для представленного здесь анализа. В то же время, как отметили Ouwens et al. (2005) при оценке фактических данных по программам комплексного оказания помощи, о чем шла речь выше, все еще сложно интерпретировать результаты существующих первичных исследований. Так, по данным упомянутых здесь обзоров, исследования, в целом подпадающие под определение стратегий или программ долгосрочной помощи, как правило, очень неоднородны. Неточное описание вмешательств, наряду с различиями в определениях и компонентах помощи, не позволяет всесторонне определить наилучший подход. Действительно, как отметили Ouwens et al. (2005), такая неоднородность может привести к ошибочным выводам об эффективности программы и применении ее результатов. Это еще раз подчеркивает постоянную необходимость использовать согласующиеся определения и более полно описывать вмешательства, чтобы можно было их сравнить.

Вместе с тем, рискуя упростить сложные по своей природе вещи, все же можно сделать некоторые предварительные выводы из представленных здесь фактических данных. В частности, представляется, что можно говорить о ценности целенаправленных подходов для улучшения исходов у лиц, нуждающихся в комплексной помощи. Например, оценки воздействия различных компонентов помощи указывают на связь между форматом, методами и результатами вмешательства. Так, фактические данные по моделям совместной помощи при депрессивных расстройствах свидетельствуют о том, что вмешательства были более эффективными, если проводились

на уровне местных сообществ или с привлечением медсестер для ведения пациентов (Thota et al., 2012). Аналогичным образом, в отношении лиц с сердечной недостаточностью было установлено, что сильнее влияли на исходы те вмешательства, в которых применялся подход с участием многопрофильной группы специалистов (Roccaforte et al., 2005; Göhler et al., 2006). Эти наблюдения поддерживают другие свидетельства из обзора, в котором рассматривалось влияние различных вмешательств в рамках согласованного оказания помощи (Powell Davies et al., 2008). Этот обзор показал, что вмешательства с использованием нескольких стратегий, как правило, заметнее улучшают показатели здоровья пациентов, чем отдельные стратегии. В частности, было установлено, что подходы, которые помогли структурировать взаимоотношения между поставщиками услуг, а также между поставщиками услуг и пациентами, например ведение отдельных случаев или участие многопрофильных групп специалистов, были более эффективными.

Другие свидетельства указывают на необходимость выработки подходов специально для тех, кому они, скорее всего, будут полезны. К примеру, Rimouguet et al. (2011) показали, что ведение диабета может быть более эффективным для пациентов, плохо контролирующих свой уровень глюкозы. Аналогичные результаты были получены недавно при масштабном популяционном вмешательстве в области предоставления помощи при диабете, проведенном в Нидерландах (Elissen et al., 2012), хотя они требуют дополнительного подтверждения (Elissen et al., 2013a). Фактические данные в пользу целенаправленных подходов также были представлены в ранее упомянутом обзоре Smith et al. (2012), посвященном моделям оказания помощи пациентам с множественными заболеваниями. В обзоре отмечена нехватка исследований по соответствующим стратегиям и сказано, что организационные вмешательства в отношении управления конкретными факторами риска или направленные на конкретные проблемы, вызывающие озабоченность у пациентов, в частности функциональные способности или соблюдение режима лечения, могут быть эффективнее менее специфичных подходов.

В обзоре Smith et al. (2012) также подчеркнута необходимость интеграции новых вмешательств в уже существующую структуру предоставления услуг здравоохранения с целью повышения их эффективности. Согласно соответствующим наблюдениям, доказательства воздействия, как правило, были сильнее для первичных исследований, проведенных в США, чем в других странах, как это было в случае исследований по ведению диабета (Knight et al., 2005). Учитывая тот факт, что значительная часть сведений, как правило, поступает из США, результаты подчеркивают необходимость соблюдать осторожность при переносе моделей между странами с различными системами здравоохранения, а также потребность в более надежной доказательной базе, учитывающей европейский контекст (Nolte & McKee, 2008a). В целом эти результаты также указывают на необходимость более систематической оценки новых моделей оказания помощи для последую-

щего использования в качестве доказательной базы при разработке эффективных и действенных мер по борьбе с растущим бременем хронических заболеваний в Европе и во всем мире.

2.4 Выводы

В этой главе мы рассмотрели недавно полученные фактические данные об эффективности различных подходов к улучшению помощи людям с хроническими заболеваниями. Мы подчеркнули трудности в дифференцировании и определении терминов, относящихся к различным моделям оказания помощи. Этот вопрос имеет не только теоретическое значение, поскольку очень сложно сопоставить фактические данные для определения наилучшей практики ведения хронических заболеваний.

Кроме того, имеется мало фактических данных об экономической эффективности различных моделей, особенно в условиях Европы. Полученные в США результаты, которые свидетельствуют об экономии затрат при некоторых подходах к долгосрочной помощи, не всегда можно экстраполировать на другие системы здравоохранения. В этом контексте важно отметить, что, по данным, представленным в научной литературе, проще улучшить процессы оказания помощи, чем снизить затраты. Предположение о том, что улучшение ухода сэкономит деньги, требует тщательного изучения. Лица, формирующие политику, и плательщики должны четко понимать, к чему стремиться, — к повышению качества или сокращению затрат, — поскольку эти две задачи не всегда совместимы одна с другой (Øvretveit, 2009).

Мы показали, что в целом сочетанные организационные стратегии в условиях местного сообщества с привлечением медсестер, ведущих отдельные случаи, а также многопрофильной группы специалистов с большей вероятностью будут эффективными. Имеющиеся данные, как правило, относятся к ограниченному числу заболеваний, хотя мы могли упустить последние данные из первичных исследований по ведению более широкого спектра заболеваний из-за того, что в данный обзор вошли только опубликованные систематические обзоры.

Остается одна фундаментальная проблема, связанная с необходимостью разработки системной модели оказания помощи пациентам с хроническими заболеваниями. Подходы, касающиеся отдельных заболеваний, такие как программы ведения заболеваний, не подходят для удовлетворения потребностей типичного пациента в системе первичной медико-санитарной помощи, как правило, имеющего множественные нарушения здоровья и комплексные потребности (Nolte & McKee, 2008a). Комплексное оказание помощи, которое обычно направлено на удовлетворение потребностей групп населения с разнообразными и сложными потребностями, ассоциируется с улучшением показателей здоровья пациентов и клинических исходов. В этом случае сложность заключается в том, что не ясно, насколько долго могут поддер-

живаться первоначальные улучшения. Кроме того, фактические данные о вмешательствах по улучшению исходов у пациентов с множественными хроническими состояниями в условиях местных сообществ или первичной помощи наиболее противоречивы. Несмотря на необходимость в более надежных оценках и общем укреплении доказательной базы, мы извлекли общие уроки о том, как организованы вмешательства, которые с большой долей вероятности будут наиболее эффективными.

Глава 3

Подходы к ведению хронических заболеваний в Европе

Ellen Nolte, Cécile Knai

В этой главе представлен обзор контекста, касающегося мер политики, для ведения хронических заболеваний в 12 европейских странах, а также рассмотрены подходы к ведению хронических заболеваний и модели оказания помощи, которые применялись или применяются в этих странах. В основу обзора легли подробные страновые отчеты, которые представлены в сопроводительном томе (Nolte & Knai, 2015). Сначала будет представлен краткий обзор отдельных ключевых характеристик систем здравоохранения в каждой из рассмотренных стран. Затем будут описаны основные типы подходов к долгосрочной помощи в этих странах, характер и сферы ответственности специалистов и поставщиков медицинских услуг, степень участия или поддержки пациентов, использование вспомогательных структур, таких как инструменты и руководства для принятия решений, подходы к финансированию и использование финансовых стимулов, а также охваченные группы населения.

Как отмечалось ранее, всеобъемлющий перечень всех подходов в конкретных странах выходит за рамки данной книги; вместо этого мы сосредоточили внимание на выборке подходов, характерных для определенной системы здравоохранения.

3.1 Ключевые характеристики систем здравоохранения в 12 европейских странах

Прежде чем обсуждать конкретный контекст, касающийся мер политики, для хронических заболеваний в рассматриваемых странах, важно понять некоторые ключевые характеристики систем здравоохранения и принципы оказания медицинских услуг в каждой из стран, чтобы в этом контексте рассматривать усилия по реализации мер политики в области долгосрочной помощи, как описано далее в этой главе.

Все страны одинаково стремятся обеспечить всеобщий и в разумной степени справедливый доступ своего населения к медицинской помощи, но на практике это реализуется по-разному. В четырех странах (Англия, Дания, Италия и Латвия) преимущественно действуют системы, финансируемые за счет налогов, а системы здравоохранения в Австрии, Венгрии, Германии,

Литве, Нидерландах, Франции и Эстонии в основном финансируются за счет обязательного медицинского страхования. В Швейцарии действует система частного обязательного страхования (таблица 3.1).

В рассматриваемых странах основные структуры управления здравоохранением отличаются друг от друга, а в Англии, Венгрии, Латвии, Литве и Франции функции управления, как правило, сосредоточены на центральном

Таблица 3.1 Принципы финансирования здравоохранения в 12 европейских странах

Страна	Расходы на здравоохранение (2012)		Основные источники финансирования здравоохранения (% от общих текущих расходов на здравоохранение в 2012 г.)
	% от ВВП	ППС, долл. США	
Австрия	11,5	5065	Комбинация ОМС (40,5) и общего налогообложения (35,0), ДМС (4,0), ВСС (15,2)
Англия (Соединенное Королевство)	9,4	3495	Общее налогообложение (82,5), ДМС (1,1), ВСС (9,9)
Венгрия	7,8	1729	ОМС (52,3), общее налогообложение (11,4), ДМС (2,7), ВСС (27,1)
Германия	11,3	4617	ОМС (67,6), общее налогообложение (8,7), ДМС (9,5), ВСС (12,1)
Дания	11,2	4720	Общее налогообложение (85,5), ДМС (1,8), ВСС (12,6)
Италия	9,2	3040	Национальные и региональные налоговые сборы (78,2), ВСС (20,2)
Латвия	6,0	1188	Общее налогообложение (56,7), ДМС (2,5), ВСС (37,4)
Литва	6,7	1426	ОМС (60,1), налоговые сборы (10,7), ВСС (28,5)
Нидерланды	12,4	5384	ОМС (72,6), налоговые сборы (7,3), ДМС (5,2), ВСС (5,6)
Франция	11,7	4260	ОМС (71,0), ДМС (13,8), ВСС (7,4), общее налогообложение (5,9)
Эстония	5,9	1385	Государственное медицинское страхование (69,1), общее налогообложение (10,8), ВСС (18,4)
Швейцария	11,3	6062	ОМС (43,7), налоговые сборы (18,0), ДМС (9,4), ВСС (28,1)

Источник: Всемирная организация здравоохранения (2014).

Примечания: ВВП: валовой внутренний продукт; ППС: паритет покупательной способности на душу населения (единица национальной валюты на доллар США); ОМС: обязательное медицинское страхование; ДМС: добровольное медицинское страхование; ВСС: (семейные) выплаты из собственных средств.

(национальном) уровне с децентрализацией некоторых органов, не зависящих от правительства. В других странах административная и политическая ответственность частично или полностью передается местным или региональным органам власти (Дания, Италия, Эстония) или федеральным зем-

лям (Австрия, Германия, Швейцария). В Австрии, Германии и Нидерландах важную роль играет также корпоративный сектор (например, обязательное медицинское страхование (ОМС), поставщики услуг).

Организационное устройство здравоохранения в разных странах также варьируется, что проявляется в различных условиях предоставления услуг на разных уровнях (таблица 3.2). Уделяя особое внимание первичной медико-санитарной помощи, большинство рассматриваемых здесь стран предлагают выбор лечащего врача, обычно врача общей практики (ВОП) или семейного врача, практикующего самостоятельно. Единственными исключениями являются Дания и Англия, где выбор поставщика услуг первичной медико-санитарной помощи в настоящее время ограничен (небольшими) географическими районами. Во всех странах, кроме четырех, требуется регистрация у поставщика услуг первичной медико-санитарной помощи, который обычно выступает в качестве диспетчера для специализированных услуг. Исключением являются Австрия, Германия, Франция и Швейцария, которые в основном предлагают практически неограниченный доступ к поставщикам услуг первичной и специализированной помощи в системе амбулаторного лечения. При этом Франция и Германия в последнее время внедряют добровольные схемы с участием ВОП в качестве диспетчера для улучшения координации помощи; в Швейцарии отдельные схемы управляемой медицинской помощи также ограничивают прямой доступ к специалистам.

В тех случаях, когда используется «диспетчерская» система, некоторая возможность прямого доступа к специалистам все же остается, причем к некоторым специалистам вообще не требуется получать направление. Такой порядок принят, например, в Венгрии, Дании, Италии, Латвии и Эстонии. Кроме того, если применяется практика регистрации у ВОП, плата за услуги первичной медико-санитарной помощи, как правило, взимается из расчета на одного человека, часто в сочетании с оплатой за конкретные услуги или работы и, реже, по результатам деятельности (например, в Англии, Венгрии, Франции и Эстонии). Системы, не требующие регистрации пациентов, как правило, практикуют сдельную (отдельную за каждую услугу) оплату труда своих поставщиков услуг первичной медико-санитарной помощи (Франция, Швейцария), но могут использоваться и элементы подушевой оплаты (Австрия, Германия).

Ранее мы уже упоминали о том, что системы здравоохранения, в которых пациенты традиционно выбирают своего поставщика услуг без официальной регистрации, а оплата услуг преимущественно сдельная, могут столкнуться с самыми серьезными проблемами при адаптации к обеспечению эффективной долгосрочной помощи (Busse & Mays, 2008). Эти наблюдения позволяют лучше понять общие подходы отдельных стран к улучшению помощи людям с хроническими заболеваниями, а также то, насколько существующие структуры облегчают или наоборот препятствуют реализации соответствующих стратегий и подходов.

Таблица 3.2 Отдельные характеристики систем здравоохранения в 12 европейских странах

Страна	Управление общественной системой здравоохранения	Принципы оказания медицинской помощи за пределами стационара			Оплата поставщиков медицинских услуг	
		Предоставление услуг первичной медицинской помощи/врача общего профиля и врача-специалиста за пределами стационара	Выбор поставщика первичной/амбулаторной помощи	Выполнение ВОП функциями диспетчера	Оплата труда врачей первичной/амбулаторной помощи	Оплата в стационарах (год введения)
Австрия	Совместно федеральным правительством, девятью правительствами земель и корпоративным сектором; ответственность за больничный сектор в основном лежит на федеральных землях	Кабинеты врачей общего профиля и врачей-специалистов; амбулаторные клиники	Да	Нет	Смешанная система сдельной оплаты (FFS) с элементами подушевой оплаты для основных услуг; определяемых схемами оплаты государственных или частных услуг или частным правом; дополняется бонусами, установленными в федеральных землях	Система финансируемая больницами в зависимости от результатов (LKF) (1997)
Англия	На центральном уровне – правительством и агентствами, не зависящими от правительства; местные организации организуют предоставление медицинской помощи	ВОП, ведущие практику на уровне местных сообществ или в медицинских центрах	Только в определенных районах; требуется регистрация у ВОП	Да	Взвешенная подушевая оплата на основании договора общего медицинского обслуживания, заключенного на национальном уровне Департаментом здравоохранения с работодателями NHS и Комитетом ВОП Британской медицинской ассоциации; плюс элементы FFS и выплаты по результатам деятельности	Выплаты по итогам деятельности, с использованием групп ресурсов здравоохранения для оказания неотложной помощи (2003)
Венгрия	На центральном уровне правительством и агентствами, не зависящими от правительства	Кабинеты семейных врачей, услуги специалистов в поликлиниках и диспансерах	Да; требуется регистрация у семейного врача	Да, в принципе, широкий спектр услуг специалистов доступен без направления	Взвешенная подушевая оплата плюс доплаты на основании характеристик поставщика услуг	ДСГ (1993); амбулаторный прием специализированных на базе FFS
Германия	Совместно федеральным правительством, 16 правительственными землями и корпоративным сектором; ответственность за больничный сектор в основном лежит на федеральных землях	Кабинеты врачей общего профиля и врачей-специалистов	Да	Добровольная (контракты с ВОП)	Сочетание оплаты из расчета за одного пациента и FFS по согласованной на высшем уровне единой шкале стоимости услуг (EBM) федеральной ассоциации врачей ОМС и Национальной ассоциации фондов ОМС	ДСГ Германии (позатипно с 2003 г.)

Таблица 3.2 (продолжение)

Страна	Управление общественной системой здравоохранения	Принципы оказания медицинской помощи за пределами стационара			Оплата поставщиков медицинских услуг	
		Предоставление услуг первичной медицинской помощи/врача общего профиля и врача-специалиста за пределами стационара	Выбор поставщика первичной/амбулаторной помощи	Выполнение ВОП функции диспетчера	Оплата труда врачей первичной/амбулаторной помощи	Оплата в стационарах (год введения)
Дания	Совместно центральным правительством, регионами и муниципалитетами; регионы и муниципалитеты в значительной степени несут ответственность за организацию здравоохранения	ВОП, ведущие частную практику	Да, в пределах определенной области; требуется регистрация у ВОП	Да; доступ к специалисту возможен только по направлению, за исключением офтальмологов и стоматологов	Сочетание оплаты из расчета за одного пациента и FFS, наряду со специальными сборами за услуги в нерабочее время, консультации по телефону и вызовы на дом	Сочетание общего бюджета и финансирования по итогам деятельности с использованием ДСГ
Италия	Совместно центральным правительством и 20 регионами, при этом регионы обладают значительной независимостью	Кабинеты ВОП, обычно работает один врач; кабинеты врачей-специалистов	Да; требуется регистрация у ВОП	Да, прямой доступ к определенным специалистам, например гинекологам	Подушевая оплата плюс доля от участия в мероприятиях общественного здравоохранения (вакцинация и скрининг), на основании национального договора и региональных соглашений	ДСГ (1995), дополнительные подушевой оплатой или грантами за некоторые услуги
Латвия	Сосредоточено на центральном уровне, правительством и агентствами, не зависимыми от правительства	Как правило, ВОП, ведущие независимую практику; медицинские центры	Да	Да, прямой доступ к определенным специалистам	Взвешенная по возрасту подушевая оплата плюс выплаты за определенную деятельность, бонусы и фиксированные надбавки	Оплата за отдельные случаи, почасовая оплата плюс баллы FFS
Литва	Сосредоточено на центральном уровне	Семейные врачи, ведущие независимую практику; амбулаторный прием специалистов в медицинских центрах	Да; требуется регистрация у ВОП	Да	Взвешенная по возрасту подушевая оплата, плюс выплаты за обслуживание людей, живущих в сельской местности и поощрительные платежи за определенные услуги	Общие бюджетные выплаты за отдельные случаи

Нидерланды	Совместно федеральными и местными властями и корпоративным сектором	ВОП, ведущие групповую практику	Да; требуется регистрация у ВОП	Да; доступ к специалистам только по направлению	Сочетание подушевой и сдельной оплаты; максимальная ставка вознаграждения для врачей общей практики, согласованная между Национальной ассоциацией врачей общей практики, компаниями медицинского страхования Нидерландов и Министерством здравоохранения, социального обеспечения и спорта	ДСГ, сочетающие диагнозы и лечение (2005)
Франция	Традиционно сосредоточено на национальном уровне с постепенной передачей некоторых функций управления региональным агентствам	Кабинеты врачей общего профиля и врачей-специалистов	Да	Да, в мягкой форме (схема предпочтительного выбора врача), с сильными финансовыми стимулами для пациентов	FFS; установленный на национальном уровне охват выплат на основе соглашений между профессиональными организациями и администрацией ОМС; Дополнительные выплаты (касается 50% пациентов); элемент Р4Р с 2009 г. на базе индивидуальных контрактов между врачами и ОМС	ДСГ (поздней с 2004 г.), плюс дополнительные выплаты за конкретные области/услуги
Эстония	Сосредоточено на центральном уровне с некоторым участием местных органов власти, особенно в больничном секторе	ВОП, ведущие независимую семейную практику	Да; требуется регистрация у ВОП	Да; прямой доступ к некоторым специалистам и консультациям при наблюдении за хроническими больными	Сочетание базовой ставки, подушевого сбора, FFS, с дополнительной компенсацией для тех, кто практикует в отдаленных районах; на основе договоров, заключенных между ОМС и обществом семейных врачей сроком на пять лет	ДСГ (2004), дополненные суточными и FFS выплатами
Швейцария	Совместно федеральным правительством и правительствами кантонов, при этом кантоны обладают значительной независимостью	Кабинеты врачей общего профиля и врачей-специалистов	Да	Нет, за исключением тех, кто включен в планы управляемой помощи (12% населения)	Оплата труда независимых специалистов в области здравоохранения осуществляется по сдельной основе, в некоторых планах по управляемой помощи применяется подушевая оплата	Почасовая оплата плюс ДСГ Швейцарии (с 2009)

Источники: Ettelt & Nolte (2010), Ettelt et al. (2008); Thomson, Foubister & Mossialos (2009); авторы.

Примечания: ВОП: врач общей практики; FFS: сдельная оплата; LKF: Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (финансирование по результатам деятельности); ДСГ: диагностически связанные группы; NHS: национальная служба здравоохранения; ОМС: обязательное медицинское страхование; Р4Р: вознаграждение с учетом выполненной работы; EBM: Einheitlicher Bewertungsmaßstab (Единая оценочная шкала); DBC: diagnose behandelnde combinaties (комбинации диагноза и лечения).

3.2 Нормативно-правовой контекст оказания долгосрочной помощи в Европе

Основной проблемой в большинстве систем здравоохранения остается недостаточно налаженное взаимодействие, особенно между поставщиками услуг амбулаторной или первичной медико-санитарной помощи и стационарной или вторичной медицинской помощи, а также между секторами здравоохранения и социального обеспечения (Nolte, Knai & McKee, 2008; Nolte & McKee, 2008c). Поэтому в последние годы многие европейские страны стремились создать нормативно-правовую основу для реагирования на хронические заболевания, как правило, имеющую своей целью продвижение подходов, которые лучше интегрируют уход и улучшают координацию между секторами и уровнями оказания помощи. Подробные описания нормативно-правового контекста в странах, рассматриваемых в этой книге, приведены в сопроводительном томе (Nolte & Knai, 2015). Если коротко, в Германии, например, в Законе о реформе здравоохранения 2000 г. были введены положения по развитию структур комплексного оказания помощи, создающих связи между амбулаторным и стационарным секторами (Busse & Riesberg, 2004). В Австрии реформа здравоохранения в 2005 г. привела к созданию финансового резерва на уровне федеральных земель (резерва реформирования) для содействия координации и сотрудничеству между поставщиками амбулаторной и стационарной помощи (Hofmarcher & Rack, 2006). В Англии в Плане усовершенствования NHS 2004 г. оказание помощи при хронических заболеваниях заняло центральное место в текущих и последующих реформах, подчеркивая необходимость усиления интеграции между поставщиками услуг и секторами (Nolte et al., 2015). Недавние усилия по совершенствованию долгосрочной помощи в Венгрии и Литве также были сфокусированы на этой цели (Gaal et al., 2015; Lai et al., 2015). В большинстве рассматриваемых здесь стран другие усилия по реформированию были направлены на совершенствование координации помощи путем внедрения и дальнейшего развития стратегий с участием медсестер. При этом масштабы этих усилий варьировали: в Англии и Нидерландах, к примеру, медсестры обязательно участвуют в оказании первичной медико-санитарной помощи (Elissen et al., 2015; Nolte et al., 2015), а в Австрии, Германии и Франции медсестры задействованы в оказании некоторых определенных видов медицинской помощи (Chevreul et al., 2015; Erler, Fullerton & Nolte, 2015; Sönnichsen, Flamm & Nolte, 2015).

Некоторые страны провели фундаментальные реформы, не всегда прямо затронувшие проблемы хронических заболеваний или сектор здравоохранения как таковой, но повлиявшие на способность систем разрабатывать комплексные политические меры в ответ на рост бремени хронических заболеваний. Наиболее заметны реформы национальных административных структур, например, в Дании и Италии (Frølich, Jacobsen & Knai, 2015; Ricciardi et al., 2015). Так, в Италии по Закону 502 от 1992 г. начата постепенная передача административных и финансовых функций в регионы и местным органам власти. Эти мероприятия получили дальнейшее подкрепление и были расширены в результате конституционной реформы 2001 г. и законодательных актов от 2009 г., предусматривающих финансовую автономию региональных учреждений. В

результате регионы получили средства для организации медицинского обслуживания в соответствии с локальными потребностями, т.е. была признана фрагментированность и несогласованность централизованной политики, ведущей к значительным отличиям между регионами и внутри них. В Дании административная реформа 2007 г. изменила порядок финансирования и организации медицинской помощи, при этом большая часть ответственности была передана в регионы, а в обязанности муниципалитетов вошло совместное финансирование медицинских услуг. Это было сделано, чтобы помочь муниципалитетам усовершенствовать услуги по профилактике заболеваний и сократить использование стационарной помощи, которая организована на региональном уровне.

В идеале такие реформы откроют путь для разработки последовательных и комплексных политических стратегий в отношении хронических заболеваний с элементами укрепления здоровья и первичной профилактики, раннего выявления и лечения заболеваний, ведения сопутствующих и множественных заболеваний и осложнений для паллиативной помощи и ухода за пожилыми и неизлечимо больными людьми. Вместе с тем, в рассмотренных странах различаются взгляды на борьбу с хроническими заболеваниями и их ведение: от всеобъемлющих стратегий борьбы с хроническими заболеваниями до конкретных стратегий, направленных на различные компоненты в рамках системы непрерывного оказания помощи либо отсутствия однозначной политики в отношении хронических заболеваний в целом. На самом деле, большинство рассмотренных здесь стран внедрило целый ряд стратегий, ориентированных на конкретные элементы системы непрерывного оказания помощи.

3.3 Общие сведения о подходах к ведению хронических заболеваний в 12 европейских странах

Мы рассмотрели около 50 подходов и групп подходов к ведению хронических заболеваний в 12 европейских странах. Учитывая высокую избирательность выявленных типов подходов, мы воздержались от попыток количественно оценить наблюдаемые характеристики с помощью подсчетов или пропорций. Вместо этого мы представляем описательный отчет о ключевых наблюдениях в табличном формате. Подробная информация о каждом подходе включена в соответствующий страновой отчет, представленный в сопроводительном томе к этой книге (Nolte & Knai, 2015).

В таблице 3.3 представлен обзор типов и целей подходов, которые были реализованы или реализуются, целевых групп населения и основных задействованных поставщиков услуг. Поскольку основное внимание в этой работе уделялось выявлению и описанию подходов, которые в целом направлены на улучшение помощи пациентам с хроническими нарушениями здоровья, указанные цели различных подходов, как правило, в основе своей имеют улучшение качества медицинской помощи. Часто как дополнительную цель подходы также рассматривают некоторые формы координации или интеграции между поставщиками или секторами наряду с повышением эффективности и, в некоторых случаях, сокращением использования стационарных услуг.

Таблица 3.3 Общие сведения о подходах к ведению хронических заболеваний в 12 европейских странах

Страна	Цель/общее описание	Тип подхода	Целевая популяция	Год внедрения	Главный координатор	Участвующие поставщики услуг
Австрия						
Программа ведения заболеваний "Thegarie aktiv"	Улучшить качество и продолжительность жизни людей с хроническими заболеваниями, сделать пациента центральной фигурой при оказании помощи, эффективно использовать ресурсы здравоохранения и сократить число госпитализаций	Координация помощи	Пациенты с диабетом 2-го типа	2006	Врач ПВЗ (ВОП/ семейный врач)	ВОП, специалисты, консультанты по диабету
Комплексная помощь при инсульте, Верхняя Австрия	Улучшить помощь пациентам с инсультом как в отношении неотложной помощи, так и в отношении реабилитации	Контролируемая выписка	Пациенты с инсультом	2005	ВОП	ВОП, специалисты в стационаре и вне его, службы неотложной помощи, реабилитация
Управление координацией/ взаимодействием при оказании помощи, Штирия	Усовершенствовать непрерывное оказание помощи после выписки из стационара с помощью координатора помощи	Контролируемая выписка	Пациенты в стационаре	2002-2003 (пилотная программа)	Координатор помощи в региональном фонде ОМС	Координатор помощи поддерживает связь со стационарами и ВОП
Амбулаторная послепеленочная помощь пациентам с инсультом, Зальцбург	Облегчить доступ к специализированной амбулаторной помощи для пациентов с инсультом и таким образом обеспечить своевременную реабилитацию и снизить больничные затраты путем ранней выписки	Контролируемая помощь после выписки	Пациенты с инсультом	1989	Группа физиотерапевтов (группа нейрореабилитации)	Специалисты по трудотерапии, восстановление речи и физиотерапевты; ВОП
Karltomobil – Уход на дому за пациентами с хронической сердечной недостаточностью	Оказать поддержку пациентам с хронической сердечной недостаточностью в борьбе с заболеванием (самообслуживание, снижение числа повторных госпитализаций и осложнений) и улучшить их качество жизни	Сестринский уход	Пациенты с хронической сердечной недостаточностью	2004 (пилотная программа)	Подготовленные медицинские сестры	ВОП, специалисты, медсестры, больницы, уход на дому
Англия						
Ведение отдельных случаев/ патронажная сестра в сообществе	Обеспечить интенсивное ведение случая на дому для пожилых людей, подверженных риску госпитализации, и других лиц, часто пользующихся медицинскими услугами	Ведение отдельных случаев	Пожилые пациенты, подверженные риску госпитализации	2004	Медицинская сестра-специалист	ВОП, специалисты, медсестры, больницы, службы помощи по месту жительства и социальной помощи

<p>Англия <i>продолжение</i></p>	<p>Программа качества и результатов (QOF)</p> <p>Сделать профессию ВОП более привлекательной, уменьшить различия в оплате практик, справедливее и помочь уменьшить неравенства в отношении здоровья</p>	<p>Система под руководством ВОП</p>	<p>Врач общей практики</p>	<p>2004</p>	<p>ВОП</p>	<p>ВОП, медсестры, фармацевты, специалисты</p>
<p>Проект Партнерство для пожилых людей (PAPP)</p>	<p>Предоставить персонализированную и интегрированную помощь пожилым людям, поощрять инвестиции в подходы к оказанию помощи, которые способствуют здоровью, благополучию и независимости, а также предупреждать/отсрочивать потребность в более интенсивной или стационарной помощи</p>	<p>Комплексная помощь/сети поставщиков услуг/ ведение отдельных случаев/ консультируемая выписка</p>	<p>Пожилые люди (старше 65 лет)</p>	<p>2005–2010</p>	<p>Варьировалось: многопрофильная группа специалистов (медицинская и социальная помощь), социальный работник или работник, оказывающий и медицинскую, и социальную помощь, волонтерская организация</p>	<p>ВОП, больницы, медсестры, общественные службы, другие общественные и волонтерские организации</p>
<p>Пилотная программа комплексной помощи</p>	<p>Улучшить качество помощи и исходы в отношении здоровья пациентов, расширить партнерство в области предоставления помощи и повысить эффективность использования дефицитных ресурсов</p>	<p>Комплексная помощь/ сети поставщиков услуг/ ведение отдельных случаев/ консультируемая выписка</p>	<p>В зависимости от конкретного врача общей практики и заболевания (например, диабет, ХОБЛ, деменция)</p>	<p>2009–2011</p>	<p>Варьировалось: помощь под руководством ВОП; работа многопрофильной группы специалистов; ведение медсестрой отдельных случаев; координация помощи силами опытного ключевого работника</p>	<p>ВОП, больницы, медсестры, вспомогательные работники здравоохранения, общественные службы, другие общественные и волонтерские службы</p>
<p>Бенгрия</p>	<p>Контролировать затраты на лечение, например, на дорогостоящие лекарства в случае лечения рака</p>	<p>Использование руководств по лечению</p>	<p>Астма/ХОБЛ, ССЗ (сердечная недостаточность, ИБС, инсульт), рак</p>	<p>2005 (рак)</p>	<p>В зависимости от заболевания (например, ВОП – гипертония; онколог – рак)</p>	<p>ВОП, специалисты, медсестры, больницы, специализированные медицинские центры (онкологический диспансер, пульмонологический диспансер)</p>
<p>Пилотная программа координации оказания помощи (ССР)</p>	<p>Мотивировать поставщиков услуг брать на себя ответственность за спектр услуг (от первичной до третичной помощи), оказываемых населению в определенной области</p>	<p>Координация помощи</p>	<p>Врач общего профиля</p>	<p>1998/99–2008</p>	<p>Организация скоординированной помощи: ВОП/ группы ВОП, поликлиника или больница</p>	<p>ВОП, специалисты, медсестры, вспомогательные работники здравоохранения, больницы, фармацевты</p>

Таблица 3.3 (продолжение)

Страна	Цель/общее описание	Тип подхода	Целевая популяция	Год внедрения	Главный координатор	Участвующие поставщики услуг
<i>Венгрия (продолжение)</i>						
Пилотная программа координации оказания помощи (ССР)	Мотивировать поставщиков услуг брать на себя ответственность за спектр услуг (от первичной до третичной помощи), оказываемых населению в определенной области	Координация помощи	Врач общего профиля	1998/99–2008	Организация скоординированной помощи: ВОП/ группы ВОП, поликлиника или больница	ВОП, специалисты, медсестры, вспомогательные работники здравоохранения, больницы, фармацевты
Многопрофильные общественные центры	Повысить эффективность системы здравоохранения за счет повышения качества медицинской помощи при меньших затратах	Многопрофильные группы специалистов	Врач общего профиля	Продолжается в настоящее время	Общественный центр	ВОП, специалисты, медсестры, фармацевты, социальная помощь
Программа ведения бронхиальной астмы	Повысить качество помощи при астме	Сестринский уход	Бронхиальная астма	2004	Медсестра-специалист (по астме)	Медсестры, специалисты, диспансеры
Программа ведения диабета	Улучшить оказание помощи пациентам с диабетом 2-го типа путем ряда вмешательств, в основе которых лежит сестринский уход	Сестринский уход	Диабет 2-го типа	Варьируется	Специалисты по диабету (врач, медсестра)	Специалисты, медсестры, больницы, специализированные диабетические амбулаторные отделения
<i>Германия</i>						
Программы по ведению заболеваний	Организационный подход к медицинскому обслуживанию, который предусматривает скоординированное лечение и уход за пациентами с хроническим заболеванием совместными усилиями отдельных поставщиков услуг на основе научных и актуальных доказательств	Координация помощи	Диабет 1-го и 2-го типа, ИБС (+ сердечная недостаточность), рак молочной железы, астма/ХОБЛ	2002	Врач ПБЗ	ВОП, специалисты, больницы
Контракты с ВОП	Улучшить координацию оказания помощи и усилить роль первичной медико-санитарной помощи в системе здравоохранения Германии	Координация помощи	Врач общего профиля (некоторые контракты нацелены на людей старше 65 лет)	2004	ВОП/семейный врач	ВОП, медсестры

Германия продолжение	
<p>Комплексное оказание помощи: Здоровый Кинциг-таль</p> <p>Создать более эффективную и организованную медицинскую помощь для жителей района Кинцигталь</p>	<p>2005</p> <p>Врач общей практики</p> <p>Координация помощи</p> <p>ВОП, специалисты, психотерапевты, больничцы, фармацевты, вспомогательные работники здравоохранения, координируется управляющей организацией</p> <p>ВОП, помощник врача</p> <p>Координатор оказания помощи (врач/психотерапевт)</p>
<p>Патронажные медицинские сестры: помощницы по уходу в семейной практике (наприм. VerAH)</p> <p>Оказать помощь ВОП в обслуживаемых районах</p>	<p>2005</p> <p>Врач общего профиля (обычно ориентированы на людей старше 65 лет)</p> <p>Сестринский уход</p> <p>ВОП, помощник врача</p>
Дания	
<p>Проект SIKS - объединение усилий в помощь людям, живущим с хроническим заболеванием</p> <p>Оказать поддержку людям с хроническими заболеваниями (ХОБЛ, диабет 2-го типа, хроническая сердечная недостаточность, ИБС, нарушение равновесия) посредством согласованной реабилитации</p>	<p>2005</p> <p>Диабет 2-го типа, астма/ХОБЛ, хроническая сердечная недостаточность, ИБС, нарушение равновесия у пожилых людей</p> <p>Координация помощи</p> <p>Многопрофильная группа специалистов в медицинском центре/больнице (в зависимости от тяжести состояния)</p> <p>ВОП, специалисты в больнице (специализированные) медсестры, физиотерапевты, диетологи в больнице и службах общественного здравоохранения</p>
<p>Региональные программы по ведению заболеваний</p> <p>Совместные межпрофильные, межсекторальные и скоординированные усилия, направленные на конкретное хроническое заболевание, обеспечивающие использование рекомендаций на основе фактических данных, точное описание задач, координацию и взаимодействие между всеми участвующими сторонами</p>	<p>2009, продолжается в настоящее время</p> <p>Диабет 2-го типа, ХОБЛ, ССЗ, деменция, нарушения опорно-двигательного аппарата, депрессия, шизофрения, рак</p> <p>Координация помощи</p> <p>ПВЗ ВОП</p> <p>ВОП, муниципальные медицинские центры, специалисты в стационаре</p>
<p>Интегрированные клинические протоколы</p> <p>Обеспечить быстрое и оптимальное лечение и ведение пациентов с онкологическим/сердечным заболеванием</p>	<p>2008 (рак), 2010 (заболевания сердца)</p> <p>Заболевания сердца, онкологические пациенты</p> <p>Координация помощи</p> <p>Координатор (протокола) оказания помощи (медсестра-специалист)</p> <p>ВОП, специалисты, медсестры, больничцы, многопрофильные группы специалистов</p>

Таблица 3.3 (продолжение)

Страна	Цель/общее описание	Тип подхода	Целевая популяция	Год внедрения	Главный координатор	Участвующие поставщики услуг
Италия						
Интеграция, лечение и помощь при диабете (IGEA)	Национальная стратегия по поддержке концепции ведения заболевания для диабета 2-го типа на региональном уровне	Участие многопрофильной группы специалистов и ведение отдельных случаев	Диабет 2-го типа	2006	Многопрофильная группа специалистов/медсестра (ведение отдельных случаев)	ВОП, специалисты, медсестры, вспомогательные работники здравоохранения (например, диетолог, психолог), больницы
Программа «От помощи по требованию до первичной профилактической помощи», Тоскана	Трехлетняя стратегия, направленная на развитие нового организационного подхода к здравоохранению, который акцентирован на профилактической первичной помощи пациенту	Многопрофильная группа специалистов	Гипертония, диабет, хроническая сердечная недостаточность, ХОБЛ, инсульт	2009	Многопрофильные группы (модульные) (ВОП-руководитель, врач из местного сообщества, медсестра-специалист)	ВОП, специалисты, медсестры, вспомогательные работники здравоохранения (например, диетолог, психолог), социальные службы
Пилотный проект Leopardo, Апулия	Улучшить качество и эффективность медицинского обслуживания лиц с хроническими заболеваниями и способствовать систематической интеграции в существующую организационную структуру, установившую местными органами здравоохранения	Сестринский уход	Диабет 1-го и 2-го типа, хроническая сердечная недостаточность, высокий риск развития сердечно-сосудистых заболеваний	2004–2007	Медицинская сестра-специалист	ВОП, медсестры, специалисты
Проект Raffaello, Марке и Абруццо	Исследовательский проект по оценке эффективности инновационной модели помощи пациентам для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, основывающейся на управлении заболеванием и уходом во врачебной практике	Сестринский уход	Диабет 1-го и 2-го типа, риск развития сердечно-сосудистых заболеваний	2007	Медицинская сестра-специалист	ВОП, медсестры
Латвия						
Система первичной врачебной помощи	Не применимо	Не применимо	Врач общего профиля	1996–1998 (реформа первичной медико-санитарной помощи)	ВОП	ВОП, ассистент врача (фельдшер), медсестра, акушерка, стоматолог, ассистент стоматолога, стоматологическая медсестра и специалист по гигиене полости рта

Литва	Укрепление межсекторального сотрудничества	Укрепить сотрудничество между поставщиками услуг медицинской и социальной помощи	Ведение отдельных случаев (пилотная программа)	Врач общего профиля и специалист по конкретному заболеванию (диабет, ССЗ, рак, хроническая почечная недостаточность, рассеянный склероз, депрессия, ВИЧ/СПИД)	С 2004	Медсестра	ВОП, специалисты, поставщики образовательных и социальных услуг
Клиническое руководство	Контролировать затраты на лекарственные препараты; укрепить сотрудничество между первичной и вторичной медицинской помощью	Использование клинических руководств	Диабет, ССЗ, рак молочной железы, хроническая почечная недостаточность, рассеянный склероз, депрессия; лица, часто обращающиеся за медицинской помощью	С 2002	ВОП/специалист (в зависимости от заболевания)	ВОП, специалисты, медсестры, вспомогательные работники здравоохранения, больницы	
Нидерланды	ПВЗ Matador / Маастрихт-Хевелланд	Основывается на экспериментальной схеме, созданной в 1996 г., в которой использовались медсестры-специалисты по диабету, чтобы сократить число пациентов, принимаемых медицинскими работниками амбулаторно	Многопрофильная группа специалистов	Диабет 2-го типа	2000–2006	Основу группы составляют ВОП, медсестра-специалист по диабету и эндокринолог	ВОП, специалисты, медсестры, больницы
Группа первичной медико-санитарной помощи ZIO (Маастрихт-Хевелланд)	Группа первичной помощи осуществляет весь спектр медико-санитарной помощи пациентам с диабетом и финансируется на основе системы комплексной оплаты	Координация помощи	Диабет 2-го типа (в последнее время также астма/ХОБЛ, сердечно-сосудистые заболевания)	С 2007	ВОП	ВОП, специалисты, медсестры, вспомогательные работники здравоохранения, больницы	
Помощь при инсульте в Делфте	Развился из пилотного проекта по улучшению помощи при инсульте, начатого в 1997 г. и финансируемого Нидерландским институтом исследований и разработок в области здравоохранения	Многопрофильная группа специалистов	Инсульт	1997 (пилотная программа)	Медсестра, оказывающая медицинскую и социальную помощь	ВОП, специалисты, медсестры, больницы, вспомогательные работники здравоохранения, дома престарелых, реабилитационные центры, организации по оказанию помощи на дому	

Таблица 3.3 (продолжение)

Страна	Цель/общее описание	Тип подхода	Целевая популяция	Год внедрения	Главный координатор	Участвующие поставщики услуг
<i>Нидерланды продолжение</i>						
Национальный стандарт ведения пациентов с подтвержденных рисков сосудистых заболеваний	Описывает минимальные требования к соответствующей ориентированной на пациента непрерывной помощи, от профилактики и раннего выявления заболевания до лечения и реабилитации (существуют аналогичные стандарты для диабета и астмы/ХОБЛ)	Многопрофильная группа специалистов	Риск развития сосудистых заболеваний	С 2010	Главное лицо, осуществляющее уход (определяется программой)	ВОП, специалисты, медсестры, больницы, вспомогательные работники здравоохранения муниципальные службы здравоохранения, фармацевты, службы реабилитации
<i>Франция</i>						
<i>Сети поставщиков услуг</i>						
К диабетическим сетям: REVESDIAB	Улучшить качество помощи людям с диабетом 2-го типа	Многопрофильная группа специалистов	Диабет 2-го типа	2001	Координатор протокола: ВОП или медсестра	ВОП, специалисты, медсестры, вспомогательные работники здравоохранения (диетологи, физиотерапевты), больницы, лаборатории
Например, Координация профессиональной помощи пожилым людям (СОРА)	Улучшить интеграцию предоставления услуг между медицинской и социальной помощью, сократить нецелеобразное использование услуг здравоохранения, включая использование услуг отделения неотложной помощи и стационара; предупредить долгосрочное пребывание в доме престарелых	Ведение отдельных случаев	Ослабленные пожилые люди (старше 65 лет)	2006	Медсестра-специалист, ведущая отдельные случаи	ВОП, специалисты, медсестры, больницы, вспомогательные работники здравоохранения (психологи, физиотерапевты), социальные службы
<i>Конкретные программы</i>						
Программа помощи при диабете и астме Сорпиа (ОМС)	Повысить участие пациентов в собственном лечении, повысить эффективность и качество помощи при диабете; действует на национальном уровне	Координация помощи	Диабет 1-го и 2-го типа, бронхиальная астма	2008 (диабет), 2014 (астма)	ВОП в сотрудничестве с медсестрой	ВОП, медсестры
Деятельность групп самозанятых медицинских работников в области здравоохранения (ASALEE)	Улучшить качество услуг здравоохранения путем делегирования некоторых задач медсестрам	Сестринский уход	Диабет, ССЗ	2004–2007	Подготовленные медицинские сестры	ВОП, медсестры

Франция продолжение								
Программа выписки из больницы для пациентов с сердечной недостаточностью (PRADO)	Адаптировать и улучшить помощь пациентам после их выписки из больницы	Координация помощи/консультируемая выписка	Пациенты, госпитализированные по поводу сердечной недостаточности	2013	Ответственный за выписку	ВОП, кардиологи, медсестры		
Выплаты на основании конкретных целей общественного здравоохранения (ROSP)	Вознаграждение за достижение целей в области профилактики, помощи при хронических заболеваниях и назначении лечения	Система, управляемая врачом	ВОП и врач-специалисты	2009 (пилотная программа: CAP1) 2012 (реализовано полностью)	Врач	ВОП и врачи-специалисты		
Мероприятия в рамках Плана по борьбе с раком на 2003-2007 гг.								
Протокол взаимодействия и содействия совместному принятию решения по поводу заболевания (Dispositif d'apponce)	Улучшить организацию процессов и повысить профессионализм при обсуждении диагноза рака и содействовать совместному принятию решений между специалистами, пациентами и их близкими	Протокол оказания помощи	Рак	2004	Специалист	ВОП, специалисты, медсестры, вспомогательные работники здравоохранения (например, психологи), социальные работники		
Совещание многопрофильной группы специалистов (RCP)	Содействовать систематическому участию многопрофильной группы специалистов в разработке Плана оказания помощи при раке, с целью повышения качества диагностики, лечения и поддержки	Многопрофильная группа специалистов	Рак	2004	Врач-референт (направление к врачу-специалисту, часто к хирургу)	Специалисты, больницы; многопрофильная группа включает в себя как минимум хирурга, рентгенолога и онколога		
Региональные онкологические сети	Координировать действия по ведению онкологических заболеваний со стороны всех участников и на всех уровнях оказания помощи, а также гарантировать качество и справедливость помощи во всех регионах	Координация помощи/сеть поставщиков услуг	Рак	2004	Как RCP	Специалисты, медсестры, фармацевты, больницы		
Локальные онкологические сети или сети множественной патологии	Облегчить ведение и мониторинг онкологических пациентов на местном уровне за счет лучшей интеграции ВОП в сети онкологической помощи	Координация помощи	Рак	2004	ВОП	ВОП, специалисты, медсестры, вспомогательные работники здравоохранения, фармацевты, больницы, социальные работники		

Таблица 3.3 (продолжение)

Страна	Цель/общее описание	Тип подхода	Целевая популяция	Год внедрения	Главный координатор	Участвующие поставщики услуг
Швейцария						
Сеть помощи при диабете DiaBaid	Разработана на основе анализа потребностей пациентов с диабетом в регионе Ньон-Морж, Кантон Во, путем создания рабочей группы заинтересованных сторон, занимающихся вопросами помощи при диабете	Многопрофильная группа специалистов	Диабет 1-го и 2-го типа	2004	Эндокринолог-диабетолог	Специалисты, медсестры, вспомогательные работники здравоохранения (диетолог, ортопед)
Клинический протокол рака молочной железы, больница Университета Лозанны и Университет Лозанны	Улучшить качество и эффективность медицинской помощи	Многопрофильная группа специалистов	Рак молочной железы	2008–2009	Больница (онкология)	Специалисты, медсестры, вспомогательные работники здравоохранения (психотерапевты, психологи), социальные работники
Сеть врачей Delta, Женева	Сети врачей являются частью структуры амбулаторной помощи; Дельта была задумана как организация по поддержанию здоровья (НМО) и в 2004 г. превратилась в сеть врачей	Управляемая помощь	Врач общего профиля, ПВЗ для диабета, программы по сердечной недостаточности и астме в процессе разработки	1992	Врачи первичной медико-санитарной помощи/ВОП	Врачи первичной медико-санитарной помощи, фармацевты, психологи
Эстония						
Управление качеством в первичной медико-санитарной помощи	Ведение хронических заболеваний не установлено как концепция, но косвенно встроено в общую структуру и организацию системы здравоохранения	Помощь под руководством ВОП	Диабет 2-го типа, сердечно-сосудистые заболевания (хроническая сердечная недостаточность, ИБС)	2003 (завершение работы системы ВОП)	ВОП	ВОП, специалисты, медсестры, вспомогательные работники здравоохранения (например, физиотерапевты), социальная помощь
Ведение хронических заболеваний на стыке первичной и вторичной медицинской помощи	Ведение хронических заболеваний не установлено как концепция, но косвенно встроено в общую структуру и организацию системы здравоохранения	Помощь под руководством алиста	Рассеянный склероз, болезнь Паркинсона, шизофрения, ХОБЛ	Варьируется	Специалист (медицинский центр); ведение сопутствующих заболеваний силами ВОП совместно со специалистом	ВОП, специалисты, медсестры, вспомогательные работники здравоохранения, больницы, социальная помощь, специализированные центры (рассеянный склероз)

Источники: Австрия: S nischsen, Flamm & Nolte (2015); Дания: Fr lich, Jacobsen & Knai (2015); Англия: Nolte et al. (2015); Эстония: Lai & Knai (2015); Франция: Chevret et al. (2015); Германия: Eder, Fullerton & Nolte (2015); Венгрия: Gaal et al. (2015); Италия: Ricciardi et al. (2015); Латвия: Lai et al. (2015); Австрия: Lai & Taube (2015); Нидерланды: Elissen et al. (2015); Швейцария: Reutemann-Bréveaux et al. (2015).

Важно отметить, что большинство подходов сосредоточено на моделях помощи группам населения с определенными заболеваниями, чаще всего это диабет 2-го типа, затем астма/ХОБЛ, сердечно-сосудистые заболевания (главным образом хроническая сердечная недостаточность, ишемическая болезнь сердца, риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и инсульт), рак и психические расстройства. Тем не менее, в нескольких рассматриваемых здесь странах также реализуются подходы с более широким охватом, нацеленные, как правило, на пожилых людей. Эти подходы обычно реализуются только в отдельных регионах или действуют в качестве пилотных исследований. В качестве примеров можно привести Пилотную программу комплексного оказания помощи (ICP) и проект Партнерство для пожилых людей (ROPF) в Англии, программу Координация оказания помощи пожилым людям (СОРА) в Париже, Франция, отдельные контракты на комплексную помощь в Германии и Пилотный проект по координации оказания помощи (ССР) в Венгрии. Если модели оказания помощи реализовались как пилотные проекты, некоторые из них были адаптированы для реализации в других регионах (например, программа СОРА во Франции) или продолжались после завершения пилотной фазы (например, отдельные проекты РОФР в Англии) (Таблица 3.3).

В трех странах, Латвии, Литве и Эстонии, ведение хронических заболеваний (пока еще) не является самостоятельным (Lai & Knai, 2015; Lai, Knai & Taube, 2015; Lai et al., 2015). Вместо этого долгосрочная помощь интегрирована в систему первичной медико-санитарной помощи, впервые внедренной во всех трех странах в 1990-е годы, основу которой составляют ВОП или семейные врачи. Однако в рамках данной схемы эти страны реализуют стратегии, направленные конкретно на (сложные) хронические состояния.

Большинство подходов было введено в 2000-х годах, причем некоторые из них находятся в процессе реализации или на пилотном этапе. Лишь немногие из описанных здесь моделей обслуживания появились в 1990-е годы или ранее, например амбулаторная реабилитация после инсульта в земле Зальцбург, Австрия (1989), уход за пациентами с инсультом в Делфте, Нидерланды (1997), и сеть врачей Delta в Женеве, Швейцария (1992) (таблица 3.3). Это свидетельствует о том, что помощь при хронических заболеваниях в последнее время оказалась в центре внимания лиц, формирующих политику, законодателей, спонсоров и других заинтересованных сторон, как отмечается во введении к этой книге. Это также отражает содержание медицинской литературы, посвященной методам и моделям помощи при хронических нарушениях здоровья, которая с середины 1990-х годов в значительной степени эволюционировала от накопления доказательств эффективности упорядоченного ведения заболеваний в США (Nolte & McKee, 2008b). В то же время важно понимать, как здесь сказано, что страны экспериментировали с новыми моделями оказания помощи задолго до текущих дебатов о долгосрочной помощи, обычно в контексте взаимодействия секторов лечения и ухода при оказании помощи ослабленным пожилым людям. Действительно, модель помощи при диабете Matador, описанная для региона Маастрихт в Нидер-

ландах, развилась из подхода, основанного на активном участии пациента в лечении, внедренного в 1996 г. (Klein-Lankhorst & Spreuwenberg, 2008).

Как описано в таблице 3.3, подходы в рассмотренных странах можно в целом классифицировать как согласованную помощь, контролируемую выписку, участие многопрофильных групп специалистов, ведение отдельных случаев и сестринский уход. Эти подходы частично перекрываются, например ведение отдельных случаев и контролируемую выписку часто, хотя и не всегда, осуществляют медсестры-специалисты, в то время как согласованная помощь и участие многопрофильных групп, как правило, относятся к скоординированному оказанию помощи с участием специалистов разных профессий или дисциплин, в некоторых случаях также с участием различных поставщиков услуг, например сетей поставщиков. Наша упрощенная типология во многом основана на главном координаторе или поставщике услуг по уходу за пациентами для каждого из описанных здесь подходов. В большинстве случаев это ВОП или семейный врач (ПВЗ в Австрии и Германии; группы помощи в Нидерландах). Там, где многопрофильные группы специалистов выступают в качестве главного координатора, их часто возглавляет ВОП или другие врачи (например, отдельные пилотные программы комплексного лечения в Англии; сети поставщиков услуг и местные онкологические сети во Франции; контракты на комплексное лечение в Германии; протоколы лечения и ССР в Венгрии; программа «От помощи по требованию до первичной профилактической помощи» в Тоскане, Италия; сеть помощи при диабете DiaBaid и сеть врачей Delta в Швейцарии). В некоторых, но далеко не во всех странах ведущую роль также играют медсестры. В число этих стран входит Англия (ведение медсестрой отдельных случаев, некоторые пилотные программы комплексной помощи), Венгрия (ведение астмы и диабета), Италия (программа помощи при диабете IGEA; проекты Leonardo и Raffaello) и Нидерланды (программа ведения диабета Matador, помощь при инсульте в Делфте).

В нескольких странах расширены функции медсестер-специалистов при координации помощи или ведении случаев, например в Дании (интегрированные клинические протоколы), Литве (пилотная программа по ведению случаев ВИЧ/СПИД) и Франции (Координация профессиональной помощи пожилым людям (COPA) и проект ASALWW). В рамках Программы помощи при диабете Sophia во Франции основные мероприятия по поддержке пациентов выполняют обученные медсестры; однако главным координатором помощи остается лечащий врач больного. Аналогичным образом, программа помощи на дому Kardiomobil для пациентов с хронической сердечной недостаточностью в Зальцбурге, Австрия, включает в себя выполняемые медсестрами вмешательства с целью поддержать участие пациентов с этим заболеванием в собственном лечении. Хотя медсестры выступают в качестве главных координаторов, они делают это в сотрудничестве с лечащими врачами пациентов. Германия внедрила проекты на основе концепции патронажной медицинской сестры, в рамках которых тестируются и реализуются различные форматы. Преобладающая модель — это помощник по уходу в семей-

ной практике (например, VerAH), при этом некоторые задачи медицинского характера делегируются практикующей медицинской сестре, но назначаются врачом общей практики и выполняются под его наблюдением.

В небольшом числе подходов участвуют координаторы оказания помощи без медицинского или сестринского образования. Эти подходы, как правило, применяются в схемах послелечебного ухода, реабилитации и общей поддержки. В число вовлеченных лиц входит вспомогательный медицинский персонал (например, группа физиотерапевтов, участвующих в амбулаторном послелечебном уходе за пациентами с инсультом в Зальцбурге, Австрия), социальные работники или персонал, оказывающий и медицинскую, и социальную помощь (проект Партнерство для пожилых людей, Англия), волонтерские организации (Партнерство для пожилых людей, Англия) или квалифицированные основные работники (отдельные пилотные программы комплексной помощи, Англия). В программе управления координацией/взаимодействием при оказании помощи, предлагаемой региональным фондом ОМС в Штирии, Австрия, сотрудник фонда выступает главным координатором выписки; в аналогичных подходах в других частях Австрии участвуют медсестры или социальные работники.

3.4 Финансирование, распределение и использование подходов к ведению хронических заболеваний

Большинство рассмотренных подходов финансируются в рамках системы общественного здравоохранения, часто с привлечением дополнительных ресурсов через краткосрочные фонды, предназначенные для инициатив в области координации и интеграции оказания помощи. В качестве примеров можно привести совокупность проектов реформ в Австрии, таких как программа ведения диабета Therapie aktiv; региональную программу ведения диабета в Дании; стратегию управления качеством помощи при диабете и хронических ССЗ в Эстонии; интервенционный фонд FIQCS по качеству и координации помощи во Франции для поддержки сетей поставщиков медицинских услуг; контракты на комплексную помощь в Германии; и фонд специальных программ Министерства здравоохранения Италии (таблица 3.4). В ряде случаев в качестве дополнительного финансирования предоставлялся единовременный грант на реализацию проекта; примеры включают две основные пилотные программы в Англии (Партнерство для пожилых людей, контракты на комплексную помощь), а до 2009 г. — контракты на комплексную помощь в Германии. Есть примеры дополнительного финансирования со стороны фармацевтической промышленности, к ним относятся программы по ведению астмы и диабета в Венгрии, а также проекты Leonardo и Raffaello по ведению заболевания и уходу при диабете в Италии.

В некоторых подходах используются финансовые стимулы, обычно для врачей. Как правило, это дополнительное вознаграждение за ведение документации, регистрацию пациентов или проведение регулярных осмотров (например, ПВЗ в Австрии и Германии, программа помощи при диабете и астме Sophia во Франции) или за деятельность по улучшению качества (управление качеством в сфере первичной медико-санитарной помощи в Венгрии; контракты ВОП

в Германии, сеть врачей Delta в Швейцарии). Отдельные подходы также включают в себя элементы вознаграждения с учетом выполненной работы или принятие части финансового риска поставщиками услуг. Примерами являются ССР в Венгрии; программа «От помощи по требованию до первичной профилактической помощи» в Тоскане, Италия; проект Leonardo в Апулии, Италия; и группа первичной помощи / системы комплексной оплаты в Нидерландах.

Учитывая тот факт, что большинство рассмотренных здесь подходов финансируются в рамках установленной законом системы, доступ пациентов к ним обычно такой же, как к обычной медицинской помощи. Таким образом, большинство подходов бесплатны. Только иногда от пациентов требуется частичная или полная оплата для обеспечения доступа. Примером можем служить амбулаторная послелечебная помощь пациентам с инсультом в Зальцбурге, Австрия (с освобождением от доплаты лиц с низкими доходами). Некоторые подходы предполагают конкретные стимулы для участия пациентов. Как правило, это освобождение от доплаты за обычные медицинские услуги, за которые, в противном случае, нужно было бы заплатить (например, сети поставщиков во Франции).

На национальном уровне был реализован ряд подходов, в том числе: программа оказания помощи и Программа качества и результатов в Англии; управление качеством в области первичной медико-санитарной помощи и управление на стыке первичной/вторичной медицинской помощи в Эстонии; программы ведения заболеваний в Германии; протоколы лечения (и финансирования) в Венгрии; а также программа укрепления межсекторального сотрудничества в Литве. На региональном уровне было реализовано несколько подходов, которые постепенно разворачиваются в масштабах всей страны. Зачастую, хотя и не всегда, они начинались с пилотных или экспериментальных проектов. Примеры включают: программы ведения диабета в Австрии; программа помощи при диабете и астме Sophia и онкологические сети во Франции; программа ведения астмы и (возможно) программа помощи при диабете в Венгрии; программа ведения диабета IGEA в Италии; группы и стандарты помощи, а также помощь при инсульте в Нидерландах. В Дании, как ожидается, региональными ПВЗ и интегрированными клиническими протоколами со временем будет охвачено все население. Некоторые подходы довольно локализованы, но рассматривается их реализация и в других местах, как в случае ранее упомянутой программы СОРА в Париже.

3.5 Компоненты ведения хронических заболеваний

Как отмечалось во введении, сбор данных о подходах к ведению хронических заболеваний в Европе необходим, чтобы понять, в какой степени эти подходы используют четыре компонента, считающиеся ключевыми для обеспечения высококачественной помощи пациентам с хроническими нарушениями здоровья согласно модели долгосрочной помощи. Это следующие компоненты:

- поддержка самопомощи
- план системы предоставления услуг
- поддержка в принятии решений
- клинические информационные системы

Таблица 3.4 Финансирование, распределение и использование подходов к ведению хронических заболеваний в 12 европейских странах

Страна	Финансирование	Использование финансовых стимулов	Другие стимулы	Распределение	Использование
Австрия					
Программа ведения заболевания "Thegarie aktiv"	Региональный фонд ОМС и федеральная земля – около 50% каждый; разработка программы финансируется региональными фондами ОМС	Направлено на врачей ПБЗ: регистрация пациентов и ежеквартальная оплата за лечение и ведение документации	Бесплатный доступ для участвующих пациентов к образовательным занятиям и материалам	Реализована в шести землях из девяти, участвуют около 1000 ВОП (2014); в трех землях в настоящее время Thegarie aktiv не предоставляется, но предлагаются образовательные программы по диабету	Около 39 500 пациентов зарегистрированы в ПБЗ в пяти землях, где реализована программа Thegarie aktiv (18% всех пациентов с диабетом 2-го типа) (2014)
Комплексная помощь при инсульте, Верхняя Австрия	Региональный фонд ОМС Верхней Австрии и фонд здравоохранения Верхней Австрии (50% каждый)	Не указано	Не применимо	Реализована во всей Верхней Австрии и включает в себя все больницы, которые предоставляют неотложную помощь при инсульте, медицинские службы неотложной помощи и три реабилитационных центра; с конца 2010 г. переведена в категорию плановой помощи	Опубликованные данные о количестве пациентов с инсультом, которые уже получили пользу от программы, отсутствуют
Управление координацией/взаимодействием при оказании помощи, Штирия	Региональный фонд ОМС Штирии; модель Graz также поддерживается фондом здравоохранения Штирии (2009)	Не применимо	Не применимо	Реализованный в одном населенном пункте в качестве пилотного проекта, этот подход постепенно распространялся по Штирии; модель Graz будет переведена в категорию плановой помощи	Нет опубликованных данных о количестве охваченных программой пациентов
Амбулаторная послеполученная помощь пациентам с инсультом, Зальцбург	Фонд здравоохранения Зальцбурга (95%) плюс 3% оплачивается пациентами (удерживается за вызов на дом)	Не применимо	Не применимо	Услуга в основном доступна всем пациентам с инсультом в земле Зальцбург; недостаток врачей в отдаленных районах сокращает доступ	В 2009 г. услугой было охвачено около 450 пациентов, которые могли получить к ней доступ только по направлению
Karাগomobil - Уход на дому за пациентами с хронической сердечной недостаточностью	Региональный фонд ОМС и земля Зальцбург, примерно по 50% каждый	Не применимо	Не применимо	Программа имеет в своем составе пять подготовленных медсестер, работающих в земле Зальцбург	Доступ к услуге осуществляется по направлению; нет опубликованных данных о количестве охваченных пациентов

Таблица 3.4 продолжение

Страна	Финансирование	Использование финансовых стимулов	Другие стимулы	Распределение	Использование
Англия					
Ведение отдельных случаев/ патронажная сестра в сообществе	Финансируется из обычных источников в рамках NHS	Нет	Не указано	Политика 2004 г. предусматривала внедрение в 2007 г. метода ведения отдельных случаев и назначение 3000 патронажных сестер в сообществах всеми RCT (трастами первичной медико-санитарной помощи); в настоящее время работает от 620 до 1350 сестер в сообществах	В принципе, все пациенты NHS в Англии должны иметь доступ к услугам, оказываемым патронажными сестрами в сообществах
Программа качества и результатов (QOF)	Финансируется из обычных источников в рамках NHS	Да; вознаграждение для практики, количество набранных баллов у которой говорит о прохождении нескольких этапов ведения определенного заболевания, обычно хронического, у части соответствующего населения	Общественное влияние: результаты работы публикуются Информационным центром здравоохранения и социальной помощи	Добровольное для практик ВОП; приняло участие большинство практик. В настоящее время в этих схемах зарегистрировано более 8000 практик, охватывающих около 54 млн человек в Англии	Эта схема первоначально применялась во всем Соединенном Королевстве и в основном охватывала всех пациентов, зарегистрированных в данной практике; с 2013 г. QOF применяется в четырех странах Соединенного Королевства
Проект Партнерство для пожилых людей (RORP)	Услуги предоставляют пилотные программы, которые финансируются из обычных источников (медицинская помощь; NHS; социальная помощь; местные власти)	Правительственная субсидия на поддержку организации пилотной программы	Признание в качестве спонсорского пилотного объекта	RORP запустил в общей сложности 146 проектов с участием 522 организаций, включая полицию и жилищно-строительные кооперативы; 85% проектов после пилотной фазы получили финансирование на свое продолжение в рамках плановой помощи	Около 264 000 человек были охвачены услугами в рамках проектов
Пилотные программы комплексной помощи	Услуги предоставляют пилотные программы, которые финансируются из обычных источников (медицинская помощь; NHS; социальная помощь; местные власти)	Субсидия правительства на поддержку организации пилотного проекта (субсидии составили от 600 000 до 3,9 млн фунтов стерлингов на объект за два года)	Признание в качестве спонсорского пилотного объекта	В пилотной программе участвовали 16 трастов первичной медико-санитарной помощи	Охват населения схемами варьируется; доступ к услугам ограничен целевыми группами населения на пилотных объектах

<p>Венгрия</p> <p>Протоколы лечения (и финансирования)</p>	<p>Финансируется из обычных источников (ОМС)</p>	<p>Нет</p>	<p>Не указано</p>	<p>Как часть основной системы; охват в целом составляет 100%. На практике соблюдение протоколов лечения проверяется редко</p>	<p>В принципе, протоколы лечения должны охватывать всех диагностированных пациентов; доступ, вероятно, варьирует в разных регионах, отражая неравенство в общем доступе к медицинской помощи</p>
<p>Пилотный проект координации оказания помощи</p>	<p>В основном финансируется из обычных источников (ОМС); дополнительное финансирование выделяется на административные расходы и программы профилактики (координатор помощи получает подушевую оплату)</p>	<p>Врачи: разделение рисков с экономией средств, достигнута на конец финансового года, перераспределяется поставщикам</p>	<p>Поставщики услуг: влияние ответственности; создание сетей</p>	<p>ССР постепенно расширилась от девяти координаторов помощи в 1999 г. до 16 координаторов в 2005 г., когда в программе приняли участие 1500 врачей-практиков; ССР, созданная в регионе Верешедьхаз, была закрыта в 2008 г.</p>	<p>Постепенное расширение проекта, охватывающего 160 000 жителей в регионе Верешедьхаз в 1999 г. до 2 миллионов жителей в 2005 г.</p>
<p>Многопрофильные общестественные центры</p>	<p>В основном финансируются из обычных источников; инвестиции в инфраструктуру осуществляются из фондов Европейского Союза; дополнительное финансирование от местного правительства определяется предоставляемыми услугами</p>	<p>Не указано</p>	<p>Не указано</p>	<p>В настоящее время программы; ожидается, что будет создано 50–60 центров/проектов</p>	<p>Центры еще не работают; ожидается, что программой будет охвачено 30–35% небольших областей и их жителей</p>
<p>Программа ведения бронхиальной астмы</p>	<p>В основном финансируются из обычных источников, при этом фармацевтические компании финансируют обучение и оплату труда медсестер, а также оборудование (например, спиромеры для пациентов) и печатные материалы</p>	<p>Оплата труда медсестер покрывается фармацевтическими компаниями</p>	<p>Не указано</p>	<p>Программа развилась в официальную национальную сеть медсестер, специализирующихся по астме. К январю 2010 г. в Венгрии насчитывалось около 850 медсестер, специализирующихся по астме; число пульмонологических диспансеров составляет около 160 (2007)</p>	<p>Точные данные об охвате населения отсутствуют; теоретически охват должен составлять 100%</p>
<p>Программа ведения диабета</p>	<p>В основном финансируется из обычных источников, при этом фармацевтические компании и компания, выпускающие изделия медицинского назначения, покрывают дополнительные затраты, включая оплату труда врачей и медсестер, оборудование и текущие расходы</p>	<p>Выплата специалистам по диабету покрывается фармацевтическими компаниями/компаниями по выпуску изделий медицинского назначения</p>	<p>Не указано</p>	<p>Масштабы реализации программы в диабетических амбулаторных отделениях не вполне ясны; в 2008 г. насчитывалось 176 амбулаторных диабетических отделений, в том числе 41 в Будапеште</p>	<p>Приблизительно 20 000 пациентов с диабетом 2-го типа в Будапеште обслуживаются примерно в 40 амбулаторных диабетических отделениях; не во всех отделениях предоставляются все компоненты программы</p>

Таблица 3.4 продолжение

Страна	финансирование	Использование финансовых стимулов	Другие стимулы	Распределение	Использование
Германия	финансируется из обычных источников (ОМС)	Врачи ПВЗ: дополнительные выплаты за ведение пациентов, обучение	Бесплатный доступ для принимающих участие пациентов к обучающим занятиям и материалам; врачи: общественное влияние; фонды ОМС по закону обязаны предлагать ПВЗ	ПВЗ предлагается посредством ОМС по всей Германии; в 2013 г. для каждого заболевания насчитывалось 1700–1800 ПВЗ; число участвующих врачей варьируется, около 65% ВОП работают как врачи ПВЗ для диабета 2-го типа (57% для ИБС)	К концу 2013 г. в одном или нескольких ПВЗ было зарегистрировано в общей сложности 6,4 млн человек, от 122 214 в ПВЗ рака молочной железы до примерно 3,8 млн в ПВЗ диабета 2-го типа
Контракты с ВОП	В основном из обычных источников (ОМС), при этом условия контракта допускают гибкую систему оплаты труда ВОП, отличную от обычного вознаграждения ВОП за плановую медицинскую помощь	ВОП: дополнительные выплаты, например за улучшение качества и рациональное назначение лечения	Врач общего профиля (некоторые контракты нацелены на людей старше 65 лет)	2004	ВОП/семейный врач
Пациенты: освобождение от платы за лечение	ВОП: Общественное влияние в некоторых регионах; фонды ОМС по закону обязаны предлагать контракты с ВОП	К концу 2007 г. было заключено 55 контрактов с ВОП, при этом участие ВОП варьировалось в разных регионах; более свежие данные официально не документированы	Доля лиц, застрахованных по ОМС, варьируется от 5,9 млн (8,5% от всех застрахованных ОМС) в 2007 г. до 19% в 2010 г.	2005	Координатор оказания помощи (врач/психотерапевт)
Патронажные медицинские сестры: помощницы по уходу в семейной практике (VerAH)	В основном финансирование осуществляется из обычных источников (ОМС) в рамках контактов с ВОП	ВОП: услуги, предоставляемые помощницами врача, покрываются за счет ОМС	Помощник врача: профессиональное развитие	Включены в отдельные модели врачебной практики, см. Выше	Включены в отдельные модели врачебной практики, см. Выше
Дания	Сочетание обычных источников и государственной субсидии на период действия проекта в 2005–2007 гг.; с 2007 г. - полное финансирование из обычных источников	Не применимо	Совместная работа и влияние общественности через руководящий комитет, проектная группа и рабочие группы в течение всего периода проекта	Осуществлялось в качестве пилотного проекта в медицинском центре Østebro и больнице Bispebjerg в Копенгагене в течение трех лет; впоследствии часть ПВЗ для ХОБЛ, диабета 2-го типа и ССЗ в Столичной области Дании	В течение 2005–2007 гг. в проекте SIKS приняли участие около 700 пациентов; доступ осуществлялся по направлению после установления диагноза (приблизительно 90% участвующих врачей давали пациентам направление)

<p>Германия <i>продолжение</i></p>	<p>Региональные программы по ведению заболеваний</p>	<p>Фонд центрального правительства для финансирования развития ПВЗ в размере 438 млн датских крон в 2010–2012 гг.</p>	<p>Не планировалось</p>	<p>Не указано</p>	<p>ПВЗ для ХОБЛ и диабета 2-го типа, ССЗ, деменции и нарушений со стороны опорно-двигательного аппарата, реализованные в Столичной области (конец 2010 г.); ПВЗ для ХОБЛ, диабета 2-го типа, ССЗ, депрессии и болей в пояснице, разработанные в Центральной области Дании; ПВЗ для ХОБЛ, диабета 2-го типа, ССЗ и нарушений со стороны опорно-двигательного аппарата, разработанные и внедренные с 2010 г. в южной Дании; ПВЗ для ХОБЛ, диабета 2-го типа, деменции, шизофрении и болей в спине, разработанные в регионе Зеландия</p>	<p>Ожидалось, что программами будут охвачены в стране все пациенты с соответствующими заболеваниями</p>
<p>Интегрированные клинические протоколы</p>	<p>Финансируется из обычных источников (налогообложение)</p>	<p>Не применимо</p>	<p>Не указано</p>	<p>Интегрированные клинические протоколы были внедрены в качестве национальной программы по всей Дании</p>	<p>Ожидалось, что интегрированными клиническими протоколами будут охвачены все онкологические пациенты и около 40 000 пациентов с ССЗ в год</p>	
<p>Италия</p>	<p>Интеграция, лечение и помощь при диабете (IGEA)</p>	<p>Финансируется из обычных источников (SSN), дополнительное финансирование осуществляется национальными и региональными фондами, выделяющими средства на профилактику</p>	<p>Использование стимулов для привлечения ВОП к участию в программе варьируется в разных регионах</p>	<p>Врачи: создание сетей, обмен информацией, доступ к руководству, ответственное влияние</p>	<p>Реализация на региональном уровне происходит постепенно; принимают участие 35% врачей практик в Польше (2009); ожидается участие всех ВОП в финансируемой правительством программе</p>	
<p>Программа «От помощи по требованию до первичной профилактической помощи», Тоскана</p>	<p>Финансирование осуществляется из обычных источников (SSN) и регулируется региональными нормами, предусматривающими выделение ресурсов для реализации проекта в размере 8 883 000 евро в течение трех лет</p>	<p>ВОП: поощрительные выплаты, зависящие от уровня участия (руководитель команды, участники) и от эффективности (P4P)</p>	<p>ВОП: программа поддерживается Ассоциацией ВОП Тосканы, таким образом создается профессиональная мотивация к участию</p>	<p>Двухэтапная реализация: начальный этап в 2010 г. включил создание примерно 50 модулей с добавлением действующих модулей; дальнейшая реализация продолжается</p>	<p>Приблизительно 50 модулей охватывают около 500 000 жителей; изначально программа была направлена на диабет и сердечную недостаточность; будут добавлены другие заболевания, ожидаемый охват при полной реализации: 1,1 млн человек с хроническими заболеваниями в Тоскане</p>	

Таблица 3.4 продолжение

Страна	Финансирование	Использование финансовых стимулов	Другие стимулы	Распределение	Использование
<i>Италия продолжение</i>					
Пилотный проект Leopatgo, Апулия	Финансируется совместно региональными фондами, фондом специальных программ Министерства здравоохранения, местной системой здравоохранения и компанией Pfizer Italy (предоставляющей программное обеспечение InfoptiCare ⁽¹⁶⁾)	ВОП: единовременная выплата при запуске проекта для стимулирования участия, плюс различные выплаты в конце по итогам деятельности	Не указано	В общей сложности 85 ВОП в Апулии (примерно 2,5% ВОП, практикующих в регионе), которые работают примерно с 30 менеджерами по медицинской помощи	Проект, продолжавшийся 18 месяцев, охватывал до 1160 пациентов в ASL Лечче.
Проект Raffaello, Марке и Абрुццо	Финансируется совместно из средств региональных фондов, выделяемых на здравоохранение; дополнительные средства выделяет фонд специальных программ Министерства здравоохранения и компания Pfizer Italy	Финансовое стимулирование ВОП, участвующих в проекте (подробности не указаны)	Не указано	Исследовательский проект включает 16 групп врачей общей практики, участвующих в экспериментальной части исследования	Исследовательский проект ограничен определенной группой пациентов, набранных для участия, насчитывающей в общей сложности 900 пациентов в регионах Марке и Абрुццо
<i>Латвия</i>					
Система первичной медицинской помощи	Финансируется из обычных источников (налогообложение)	Не указано	Не указано	Ведение хронических заболеваний входит в первичную медико-санитарную помощь, соответственно, включает всех ВОП. Оценка системы первичной медико-санитарной помощи, проведенная в 2010 г., выявила низкий уровень качества долгосрочной помощи, которая оценивалась путем регулярного обследования пациентов с диабетом 2-го типа (25% всех ВОП) или астмой (5%)	Ведение хронических заболеваний входит в первичную медико-санитарную помощь, соответственно, охватывает практически все население; тем не менее, имеются серьезные финансовые трудности, из-за которых примерно 45% населения не могут получить доступ к услугам, требующим доплат (2008)
<i>Литва</i>					
Укрепление межсекторального сотрудничества	Финансируется из обычных источников (ОМС), социальная помощь финансируется местным правительством; планируется внедрить более скоординированное финансирование междисциплинарных групповых мероприятий	Пациенты: стимулирование амбулаторного лечения в противояс стационарной помощи	Не указано	В основном реализовано во всех 60 муниципалитетах Литвы	Точные данные об охвате населения отсутствуют; доступ к ведению отдельных случаев отличается для различных заболеваний и, вероятно, муниципалитетов

Литва <i>продолжение</i>	<p>Клиническое руководство</p> <p>В принципе, все диагностированные пациенты должны быть охвачены планами оказания помощи, основанными на клинических руководствах</p>	<p>В принципе, клинические руководства должны быть внедрены во всех медицинских службах Литвы; точные данные недоступны</p>	<p>В принципе, все диагностированные пациенты должны быть охвачены планами оказания помощи, основанными на клинических руководствах</p>
Нидерланды	<p>ПВЗ Matador/Маастрихт-Хевелланд</p> <p>Обычные источники финансирования для поставщиков услуг, в том числе для ВОП, специалистов, диетологов и других медицинских работников; медсестры, специализирующиеся на диабете, финансируются согласно Закону о чрезвычайных медицинских расходах</p>	<p>В программе Matador в 2006 г. участвовали в общей сложности от 63 до 90 ВОП (70%) региона Маастрихт</p>	<p>В 2006 г. около 3000 пациентов с диабетом в регионе Маастрихт были охвачены программой Matador</p>
Группа первичной медико-санитарной помощи ZIO (Маастрихт-Хевелланд)	<p>Врачи: комплексная оплата за определенный пакет услуг</p> <p>Страховая компания: вести переговоры о низкой цене в цепочке медицинских услуг</p>	<p>Все региональные ВОП являются членами ZIO Heuveland и, соответственно, участвуют в программе помощи при диабете (чуть менее 90 ВОП в конце 2009 г.); в марте 2010 г. насчитывалось 97 групп помощи, преимущественно связанной с диабетом, действующих на основании договора о комплексной оплате с компанией медицинского страхования</p>	<p>К концу 2009 г. программой было охвачено около 7600 пациентов с диабетом 2-го типа в регионе Маастрихт-Хевелланд</p>
Помощь при инсульте в Делфте	<p>Финансируется из обычных источников: базовое медицинское страхование (ВОП и услуги стационара); AWBZ (например, реабилитационный центр, дом престарелых) и WMO (уход на дому); финансирование медсестер, оказывающих медицинскую и социальную помощь, осуществляется по всем трем схемам</p>	<p>Следя опыту, полученному в пилотных программах, правительству активно содействовало их дальнейшей реализации посредством прорывных проектов и сравнения с изначальным уровнем помощи при инсульте; в результате к 2003 г. в каждом регионе была создана как минимум одна служба помощи при инсульте (всего в 2003 г. создано 69)</p>	<p>Точное число пациентов, получающих помощь в рамках данной программы, неизвестно; однако, по данным Dutch Pleat Foundation, 69 служб помощи при инсульте, действующих в Нидерландах с 2003 г., должны охватить всех пациентов с инсультом (около 191 000 в 2007 г.)</p>

Таблица 3.4 продолжение

Страна	Финансирование	Использование финансовых стимулов	Другие стимулы	Распределение	Использование
<i>Нидерланды продолжение</i>					
Национальный стандарт ведения пациентов, подверженных риску сосудистых заболеваний	Финансируется из обычных источников (обязательное страхование) на основании договора о комплексной оплате	Врачи: комплексная оплата за определенный пакет услуг Страховая компания: вест переговоры о низкой цене в цепочке медицинских услуг	Не указано	Если сравнивать с помощью при диабете, то групп по ведению пациентов, подверженных риску сосудистых заболеваний, относительно мало: из 55 групп помощи, опрошенных в начале 2010 г., две имели договор о комплексной оплате за ведение пациентов с сосудистыми рисками, тогда как 17 только собирались заключать этот договор	Точное количество пациентов, получающих помощь в рамках управления сосудистыми рисками, неизвестно и ограничено теми, кто получает эту помощь в соответствии с тремя установленными стандартами
<i>Франция</i>					
Сети поставщиков услуг					
К примеру, диабетические сети: REVESDIAB	Фонд FIOCS был создан в результате реформы здравоохранения в 2007 г.	Оплата за различных поставщиков в сети, например ВОП (ежегодная оценка), обучение, диеты и т.д.	Бесплатный доступ для пациентов к определенным услугам, которые в противном случае пришлось бы оплачивать (например, уход за ступнями)	REVESDIAB действует на базе трех департаментов в Парижском регионе. В департаменте Эссонна в 2007–2008 гг. было задействовано около 500 медицинских работников. В целом в 2007 г. насчитывалось 72 диабетических сети, включающие 14 000 медицинских работников	REVESDIAB базируется в Парижском регионе, охватывая около 3000 пациентов с диабетом. В целом в 2007 г. в диабетические сети было включено около 60 000 больных диабетом (примерно 2,5% пациентов с диабетом во Франции)
Например, координация профессиональной помощи пожилым людям (СОРА)	Фонд FIOCS создан в результате реформы здравоохранения в 2007 г.	Не указано	Не указано	Сеть была создана только в одном районе Парижа и в 2007 г. включала 79 из 200 врачей первичной медико-санитарной помощи, практикующих в этом районе	К концу 2007 г. приблизительное число пациентов в СОРА, направляемых в СОРА, сеть была создана в других частях Парижа, и ею также заинтересовались в других регионах Франции и в Бельгии
<i>Конкретные программы</i>					
Программа помощи при диабете и астме Sophia	Финансируется из обычных источников (Обязательное медицинское страхование - CNAM)	Участвующие ВОП получают 66 евро за пациента в год	Пациентам после регистрации в фонде ОМС предоставляется возможность бесплатной консультации по телефону с обученной медсестрой	Экспериментальная фаза охватила пациентов 6000 ВОП (6,4% всех ВОП) в 10 департаментах; программа была расширена до 17 500 ВОП в 19 департаментах в 2010 г.; развернута по всей Франции в 2013 г.	Целью экспериментальной фазы являлось вовлечение 136 000 пациентов с диабетом; к концу 2010 г. в программе приняли участие 62 000 пациентов (приблизительно 2,5% всех больных диабетом)

Франция продолжение	Деятельность групп самозанятых медицинских работников в области здравоохранения (ASALEE)	URCAM (региональный фонд ОМС); обычные источники	Нет	Профессиональная мотивация (проект был создан местными ВОП)	ASALEE является некоммерческой организацией, которая с 2007 г. объединила 41 ВОП и восемь медсестер 18 врачебных практик	Проект охватывал около 1500 пациентов
Программа выписки из больницы для пациентов с сердечной недостаточностью (PRADO)	Финансируется из обычных источников (Обязательное медицинское страхование - CNAM)	ВОП разрешено выставлять счета за длительные консультации для координации усилий	Профессиональная подготовка для медсестер, осуществляющих наблюдение за пациентами на дому	Пилотная фаза в пяти департаментах	Пилотные фазы охватывают примерно 60 000 пациентов в год	
Выплаты на основании конкретных целей общественного здравоохранения (ROSP)	Обязательное медицинское страхование (CNAM)	Да: дополнительное вознаграждение учитывает численность населения и 29 показателей качества с промежуточными и конечными целями	Врачи могут следить за изменением своих показателей качества на специализированном веб-сайте	Добровольное участие	Более 75 000 врачей участвовали в программе в 2012 г., что составляет большинство соответствующих ВОП	
<i>Мероприятия в рамках Плана по борьбе с раком на 2003-2007 гг.</i>						
Протокол взаимодействия и совместному принятию решений по поводу заболевания (Dispositif d'annonce)	Финансируется из региональных бюджетов из имеющихся ресурсов MIGAC (специальный бюджет для финансирования деятельности коммунального хозяйства) как часть плановой помощи (оплата стационарных медицинских услуг) в рамках ОМС	Некоторые регионы оплачивают врачам за время, посвященное пациенту в рамках программы Dispositif d'annonce	Участие в сети стало обязательным при ведении пациентов с заболеваниями	Как часть национального Плана по борьбе с раком, развернутого практически по всей стране в сроки, предусмотренные Планом борьбы с раком на 2003-2007 гг. К 2006 г. только половина средств, выделенных регионами, использовалась для этой цели и была доступна всем вновь выявленным онкологическим пациентам	К 2007 г. более 92 000 пациентов получили поддержку через программу Dispositif d'annonce (приблизительно 30% всех вновь выявленных онкологических пациентов); около 23 000 человек были вовлечены в Программу индивидуальной помощи (PPS) (около 7% пациентов)	
Совещание многопрофильной группы специалистов (RCP)	Финансируется из региональных бюджетов из имеющихся ресурсов MIGAC (специальный бюджет для финансирования деятельности коммунального хозяйства) как часть плановой помощи (оплата стационарных медицинских услуг) в рамках ОМС	Не указано	Не указано	Как часть национального Плана по борьбе с раком, развернутого практически по всей стране в сроки, предусмотренные Планом борьбы с раком на 2003-2007 гг., и доступно всем вновь выявленным онкологическим пациентам	К 2007 г. было зарегистрировано приблизительно 500 000 RCP; в то время как число вновь диагностированных онкологических больных составило 345 000 (частично отражая повторное проведение RCP для некоторых пациентов до/после лечения); RCP зарегистрировали около 45% случаев рака	

Таблица 3.4 продолжение

Страна	Финансирование	Использование финансовых стимулов	Другие стимулы	Распределение	Использование
Франция продолжение					
Региональные онкологические сети	Фонд FIOCS был создан в результате реформы здравоохранения в 2007 г.	Не указано	Участие в сети стало обязательным для ведения пациентов с онкологическими заболеваниями; возможность мониторинга поставщика посредством ЕЕР	Как часть национального Плана по борьбе с раком, развернутого по всей стране в сроки, предусмотренные Планом борьбы с раком на 2003–2007 гг., и доступного для всех онкологических пациентов	Неизвестно
Локальные онкологические сети или сети множественной патологии	ВОП и медицинские сестры финансируются из обычных источников в рамках ОМС; сети финансируются через FIOCS, созданную реформой здравоохранения в 2007 г.	Врачи: возможность получить дополнительное вознаграждение за время/знания, посвященные онкологическим пациентам; пациенты: могут получать финансовую поддержку, предназначенную для помощи по хозяйству	Участие в сети стало обязательным для ведения пациентов с онкологическими заболеваниями; возможность мониторинга поставщика посредством ЕЕР	Как часть национального Плана по борьбе с раком, развернутого по всей стране в сроки, предусмотренные Планом борьбы с раком на 2003–2007 гг., и доступного для всех онкологических пациентов	Неизвестно
Швейцария					
Сеть помощи при диабете DiaBaid	Финансируется кантоном Во (приблизительно 50%), а также путем взаимания с пациентов платы за оказываемую помощь, которая затем возмещается их страховыми компаниями (приблизительно 50%)	Нет	Не указано	Осуществляется совместно Association des réseaux de soins de la Cote (одна из пяти сетей помощи в Кантоне Во) и двумя региональными больницами	DiaBaid должна была охватить 30% населения с диабетом в регионе Ньон-Морж (приблизительно 6000 человек). К 2009 г. помощь получили 720 пациентов (12%, приблизительно 100–150 новых пациентов в год)
Клинический протокол для рака молочной железы, больницы Лозанны и университета Лозанны	Финансируется больницей университета Лозанны	Нет	Общественное влияние; конкуренция со стороны других больниц	В настоящее время предлагается только больницей университета Лозанны, но есть планы по распространению программы среди других региональных больниц кантона Во	В настоящее время программа охватывает около 35% новых пациентов с раком молочной железы в кантоне Во. Цель программы заключается в лечении 40% новых пациентов с раком молочной железы, причем каждый год должно быть включено минимум 150 пациентов

<p>Швейцария <i>продолжение</i></p>	<p>Финансируется по схеме страхования сети Delta, главным образом, посредством обычной сдельной оплаты за услуги, но с использованием схемы подушевой оплаты с перестраховочным возмещением для дорогостоящих случаев</p>	<p>Врачи получают одновременно 200 швейцарских франков за каждое участие в кружке качества</p>	<p>Профессиональная приверженность улучшению качества медицинской помощи</p>	<p>Сеть Delta в 2013 г. насчитывала 260 врачей (10–20% врачей общего профиля, терапевтов, ВОП); в Кантоне Во сеть насчитывала 140 врачей</p>	<p>Доступно любому жителю, выбирающему схему страхования сети Delta; в 2013 г. Дельта охватывала около 100 000 застрахованных членов в кантонах Женевы и Во</p>
<p>Эстония</p>	<p>Управление качеством в первичной медико-санитарной помощи</p>	<p>Направлено на практики ВОП в рамках стратегии управления качеством</p>	<p>Создание сети поставщиков услуг</p>	<p>Стратегия управления качеством помощи при диабете и хронических ССЗ, реализованная по всей Эстонии и охватывающая все практики ВОП</p>	<p>В целом, посредством ОМС, охвачены все пациенты с диабетом/хроническим ССЗ; доступ к помощи бесплатный</p>
<p>Ведение хронических заболеваний на стыке первичной и вторичной медицинской помощи</p>	<p>Финансируется из обычных источников; предоставляется дополнительное финансирование для Ассоциации Паркинсона на обучение и поддержку пациентов</p>	<p>Не применимо</p>	<p>Создание сети поставщиков услуг</p>	<p>Реализовано во всей Эстонии как часть плановой помощи</p>	<p>В целом, благодаря ОМС, охвачены все пациенты с диагностированными заболеваниями; доступ к помощи бесплатный</p>

Источники: Австрия: Sönnichsen, Flamm & Nolte (2015); Дания: Frølich, Jacobsen & Knai (2015); Англия: Nolte et al. (2015); Эстония: Lai & Knai (2015); Франция: Chevrel et al. (2015); Германия: Eifer, Fullerton & Nolte (2015); Венгрия: Gaal et al. (2015); Италия: Ricciardi et al. (2015); Литва: Lai et al. (2015); Латвия: Lai, Knai & Taube (2015); Нидерланды: Elissen et al. (2015); Швейцария: Reutemann-Bridevaux et al. (2015).

В таблице 3.5 приводится краткий обзор характера и содержания этих четырех взаимодействующих компонентов для каждого рассмотренного подхода. Мы находим, что подавляющее большинство предусматривает некоторую поддержку самопомощи пациента, хотя уровень этой поддержки значительно варьируется. Примеры включают предоставление информационных материалов, таких как брошюры (например, комплексная помощь при инсульте в Верхней Австрии, сеть врачей Delta, Швейцария), регулярную оценку клинических показателей (например, клинические рекомендации в Литве) или проведение консультаций и очного либо телефонного мониторинга (например, проект Raffaello, Италия), тренингов по изменению образа жизни (программа ведения диабета Matador, Нидерланды) и применение консультативных методов (например, Национальный стандарт ведения пациентов, подверженных риску сосудистых заболеваний, Нидерланды). В большинстве подходов пациенты привлекаются к разработке плана помощи и лечения и постановке целей, с регулярной оценкой потребностей и проблем пациентов. Однако степень реализации этих механизмов поддержки на практике часто неясна.

В большинстве случаев поддержка самопомощи пациентов обеспечивается медицинскими работниками, в частности врачами (например, программы ведения диабета в Австрии и Германии, ведение хронических заболеваний на стыке первичной/вторичной медицинской помощи в Эстонии) или, чаще всего, обученными медсестрами (например, отдельные пилотные проекты оказания комплексной помощи в Англии, управление качеством в сфере первичной медико-санитарной помощи в Эстонии, программы помощи при диабете и астме Sophia и сети поставщиков услуг во Франции, Пилотный проект координации оказания помощи, программы ведения диабета и астмы в Венгрии, IGEA, проекты Leonardo и Raffaello в Италии, группы по оказанию помощи и службы помощи при инсульте в Нидерландах, клинический протокол для рака молочной железы в Лозанне, Швейцария). Другие формы поддержки самопомощи наблюдаются достаточно редко; примеры включают отдельные проекты, реализованные Партнерством для пожилых людей в Англии.

Большая часть рассмотренных здесь подходов включает некоторые формы планирования системы предоставления услуг, но, как и в случае с поддержкой самопомощи, характер и содержание соответствующих стратегий варьируются. Общие элементы включают четкое определение ролей, разработку (индивидуального) протокола помощи или лечения и последующее наблюдение за пациентом. В нескольких подходах используется стратегии выявления случаев заболевания или стратификации риска (например, координация/взаимодействие при оказании помощи в Штирии, Австрия, проект Партнерство для пожилых людей и пилотные программы комплексной помощи, Англия, Франция, отдельные контракты на оказание комплексной помощи, Германия, Пилотный проект координации помощи, Венгрия, проект Raffaello, Италия, группы помощи, Нидерланды). Эти подходы также, как правило, включают в себя ведение отдельных случаев или действительно представляют собой подходы к ведению конкретных случаев, например, в рамках проекта Партнерство для пожилых

людей и пилотных программ комплексной помощи в Англии; проекта Координация профессиональной помощи пожилым людям (СОРА) во Франции; и программы укрепления межсекторального сотрудничества в Литве. Кроме того, элементы ведения отдельных случаев включены в отдельные контракты ВОП в Германии, пилотный проект координации оказания помощи в Венгрии, программу «От помощи по требованию до первичной профилактической помощи» в Тоскане, Италия и программу ведения диабета Matador в Нидерландах.

Эти стратегии обычно подкреплены инструментарием по принятию решений, например руководствами и протоколами, разработанными на организационном, региональном, национальном или международном уровнях, при этом некоторые стратегии также включают обучение по переводу национальных или региональных руководств на местный уровень, например в рамках местных онкологических сетей во Франции. Специальную подготовку персонала, как правило, предусматривают те стратегии, в которых задействованы работники без высшего медицинского или вообще без медицинского образования, такие как сестринский персонал (например, программы ведения астмы и помощи при диабете в Венгрии, проекты IGEA, Leonardo и Raffaello в Италии, клинический протокол для рака молочной железы в Лозанне, Швейцария), помощники врача (например, помощники по уходу в семейной практике VerAH, Германия) или вспомогательные работники здравоохранения (например, специалисты по трудотерапии в системе амбулаторной послелечебной помощи пациентам с инсультом в Зальцбурге, Австрия). Врачи, выступающие в качестве координаторов в Австрии, Дании, Германии и Италии, должны пройти дополнительную подготовку; в других условиях ее проводят в рамках непрерывного медицинского образования (например, в Венгрии, Франции, Эстонии).

Ряд подходов также предусматривает обучение использованию специальных программ по выявлению случаев заболевания (например, Управление координацией/взаимодействием при оказании помощи, Штирия, Австрия, Координация профессиональной помощи пожилым людям (СОРА), Франция). Однако использование клинических информационных систем в большинстве подходов в целом наименее развито. Исключение составляют Англия и Эстония, причем как с точки зрения использования стандартизированных электронных медицинских записей, так и систем электронной регистрации и напоминаний в структуре первичной медико-санитарной помощи.

3.6 Выводы

В этой главе мы рассмотрели подходы и контекст политики в области ведения хронических заболеваний в 12 европейских странах, по состоянию на 2009—2011 гг. В последние годы страны создавали нормативные и политические рамки для реагирования на бремя хронических заболеваний, как правило, для продвижения подходов по улучшению интеграции помощи и совершенствованию координации между секторами и уровнями помощи. Однако представления о методах контроля и лечения хронических заболеваний в разных странах разные.

Таблица 3.5 Компоненты ведения хронических заболеваний, используемые в 12 европейских странах

Страна	Поддержка самопомощи	План системы предоставления услуг	Поддержка в принятии решений	Клинические информационные системы
Англия	Обучение, предоставляемое медсестрой-специалистом; участие в разработке плана помощи и целей; регулярная оценка и документирование потребностей и деятельности	Четкое определение функций, медсестра-специалист ведет отдельные случаи в сотрудничестве с ВОП, общественными и социальными службами; контроль приема лекарств; выявление случаев с использованием стандартизированной оценки риска	Подготовка медсестер в соответствии с национальными руководствами и требованиями к профессиональной квалификации	Может включать использование методов стратификации риска для выявления пациентов, подверженных риску повторной госпитализации; доступность ИТ-поддержки/обмена информацией между комиссионерами неустойчива
Программа качества и результатов	Не применимо	Зависит от уровня практики; может включать регулярные совещания сотрудников, последующее наблюдение за пациентами (обычно по телефону или по почте) и контроль приема лекарств	Использование клинических руководств и обучение практикующих медсестер по индивидуальным планам	Автоматизированный механизм сбора данных для определения индикаторов клинического качества из электронных медицинских записей ВОП, включая регистрацию болезни и мониторинг эффективности, через национальную ИТ-систему; выборы данных доступны для Информационного центра здравоохранения и социального обеспечения с целью содействия публикации
Проект Партнерство для пожилых людей (RORP)	Варирует: привлечение пожилых людей к разработке, деятельности и оценке проектов; меры взаимной поддержки, включая EEP; сотрудники и добровольцы, помогающие в пожилым людям ориентироваться в системе; последующее наблюдение; программа специальной подготовки лиц, осуществляющих уход;	Варирует: межведомственные группы, действующие на уровне местных сообществ; разработка механизмов комплексной помощи; многофильные группы по вопросам здравоохранения и социальной помощи; назначенные функции, в том числе патронажные сестры в сообществах и работницы, оказывающей и медицинской, и социальную помощь; выявление случаев; регулярное последующее наблюдение	Варирует: обучение персонала медицинской или социальной помощи; обучение добровольцев; обмен навыками и подготовка; доступ к опыту специалистов	Варирует: интегрированные ИТ-системы, связывающие первичную и вторичную медицинскую помощь, или первичную и социальную/общественную помощь; использованные технологии телемедицины и программного обеспечения для выявления случаев; использование беспроводной технологии для передвижных амбулаторий

Страна	Поддержка самопомощи	План системы предоставления услуг	Поддержка в принятии решений	Клинические информационные системы
Англия <i>продолжение</i>	<p>Варирует: обучение пациентов и предоставление средств самопомощи старшими медсестрами; обучение самостоятельному контролю приема лекарств</p>	<p>Варирует: разработка механизмов помощи; контролируемая выписка из стационара; ведение отдельных случаев старшими/ специализированными медсестрами; использование интегрированных общественных групп, обеспечивающих единую точку доступа для пациентов</p>	<p>Варирует: профессиональная подготовка в области здравоохранения или социальной помощи, особенно в отношении общих навыков, которые обеспечивают более эффективную работу многопрофильных групп или возможности быстрого реагирования, доступ к опыту специалистов</p>	<p>Варирует: программное обеспечение для выявления случаев; несколько сайтов направлены на создание единой интегрированной ИТ-системы для первичной и общественной помощи, в то время как другие используют услуги экстренного вызова помощи и дистанционный мониторинг состояния здоровья</p>
Венгрия	<p>Информационные материалы о раке, гипертонии и других сердечно-сосудистых заболеваниях; поддержка самопомощи ассоциациями пациентов и медицинским персоналом для госпитализированных пациентов перед выпиской из стационара (рак, сердечно-сосудистые заболевания)</p>	<p>Не применимо</p>	<p>Использование руководств/протоколов лечения, разработанных профессиональными ассоциациями на основе наилучших имеющихся фактических данных, при этом качество руководств варьирует; просвещение поставщиков услуг по некоторым заболеваниям, организованное на национальном уровне и часто поддерживаемое фармацевтическими компаниями</p>	<p>Существуют национальные реестры заболеваний для рака, астмы/ХОБЛ, сердечно-сосудистых заболеваний</p>
Пилотный проект координации оказания помощи	<p>Обучение, осуществляемое специализированными медсестрами; привлечение к разработке плана лечения и установлению целей; доступ к инструментам самопомощи; регулярная оценка проблем/ достижений</p>	<p>Организация по координации помощи, ответственная за предоставление услуг населению, участвующему в проекте; регулярные совещания поставщиков услуг; контроль приема лекарств; выявление случаев заболевания и последующее наблюдение; ведение отдельных случаев; систематический скрининг</p>	<p>Использование местных протоколов и руководств, основанных на фактических данных, разработанных специалистами по координации помощи и согласованных с местными поставщиками услуг</p>	<p>База данных NINFA по здравоохранению используется для анализа эффективности работы поставщиков услуг и обратной связи; создание персональных страниц пациентов для определения потребностей</p>

Таблица 3.5 продолжение

Страна	Поддержка самопомощи	План системы предоставления услуг	Поддержка в принятии решений	Клинические информационные системы
<i>Венгрия продолжение</i>				
Многопрофильные общественные центры	Может осуществляться обучение пациентов	Общественные центры объединяют в себе первичную, специализированную и социальную помощь; разработка и использование протоколов комплексного оказания помощи	Не применимо	Требование внедрить интегрированную информационную систему
Программа ведения бронхиальной астмы	Просвещение пациентов на тему астмы; доступ к инструментам для самоконтроля; привлечение к составлению плана лечения, определению целей, принятию решений; регулярная оценка проблем/достижений	Медсестра-специалист по астме ведет пациента и является его первым контактным лицом; регулярные совещания персонала; врач остается ответственным за все решения, связанные с оказанием помощи	Использование планов лечения с опорой на руководство на основе фактических данных; обучение поставщиков услуг, в частности медсестер-специалистов по астме	Использование национального реестра больших бронхиальной астмой, который ведется Институтом туберкулеза и пульмонологии имени Кораньи; медсестры ведут подробные записи по каждому пациенту
Программа ведения диабета	Обучение, осуществляемое медсестрой-специалистом по диабету; доступ к устройствам для самоконтроля (глюкометр); регулярное последующее наблюдение для оценки проблем и достижений, как при личной встрече, так и по телефону	Четкое определение функций медицинского персонала; регулярные совещания сотрудников для обсуждения проблемных случаев; регулярное наблюдение за пациентами; участие социальной медсестры, ответственной за выписку, которая координирует социальную поддержку (наличными и материальными средствами)	Основанные на фактических данных руководства по лечению, разработанные и регулярно обновляемые Диабетической ассоциацией Венгрии; обучение медицинских работников, в частности медсестер-специалистов по диабету	Планируется; стратегии включают системы напоминаний, систему электронной регистрации и обратную связь с поставщиками услуг
<i>Германия</i>				
Программы по ведению заболеваний	Образовательная программа для обучения в группах; участие в согласовании целей лечения; регулярное наблюдение с напоминанием пациенту о пропущенных занятиях; некоторые фонды ОМС также предлагают своим членам, участвующим в ПВЗ, услуги помощи по телефону	Координация трех уровней помощи в соответствии с конкретным заболеванием для направления пациента между этими уровнями; регулярное наблюдение за пациентом	Основанные на фактических данных руководства, разработанные Сетью доказательной медицины Германии и Институтом здравоохранения; участвующие врачи должны соответствовать определенным стандартам обучения и, возможно, получать дополнительное обучение; дальнейшая подготовка или участие в кружках качества на регулярной основе	Стандартизированное электронное документирование лечения, состояния пациента и результатов анализов, схема приема лекарств и согласованные цели лечения; централизованный анализ данных для отчетности о качестве, а также обратная связь с поставщиками услуг по вопросам эффективности и для сравнительного анализа

Страна	Поддержка самопомощи	План системы предоставления услуг	Поддержка в принятии решений	Клинические информационные системы
Германия <i>продолжение</i>	Контракты с ВОП	Ежегодные обследования; рекомендации по мерам профилактики и информации; оценка сердечно-сосудистых факторов риска (программное обеспечение Arriba)	ВОП выступает в качестве диспетчера при необходимости специализированной помощи; поощряется ведение случаев под руководством дипломированных медсестер/помощников врача	(Необязательно) использование электронной медицинской карты (паспорта пациента), внешние отчеты с откликами для врачей; требование внедрить систему управления качеством
Комплексная помощь/Здоровый Кинциггаль	Регулярные обследования и оценки рисков; привлечение к разработке индивидуальных планов лечения/профилактики и постановке целей; представительство через консультативный совет пациентов и омбудсмена пациентов	Четко определенные роли с указанием координаторов помощи; интегрированная сеть поставщиков услуг и уполномоченная управляющая организация, ответственная за координацию поставщиков; выявление случаев	Руководства по лечению более 15 заболеваний; поставщики услуг и специалисты из участвующих фондов ОМС сотрудничают в рамках рабочих групп по разработке руководств и клинических протоколов	Система управления качеством и ведение записей пациентов в электронном виде; регулярный анализ данных пациентов с использованием прогнозного моделирования для выявления рисков дорогостоящего лечения
Патронажные медицинские сестры: помощницы по уходу в семейной практике (VerAN)	Доступ к обученным работникам, ведущим отдельные случаи	Делегирование задач помощникам врачей, которые выполняют их под контролем ВОП; обычно является частью контракта с ВОП	Часть контракта с ВОП, как описано выше	Часть контракта с ВОП, как описано выше
Дания	Проект SIKS – объединение усилий в помощи людям, живущим с хроническим заболеванием	Обучение и регулярное документирование потребностей и деятельности в рамках самопомощи; привлечение к разработке индивидуальных планов лечения и постановке целей; доступ к физическим упражнениям; информация	Данные на фактических примерах клинических руководств, разработанные рабочими группами SIKS; регулярное обучение и подготовка поставщиков услуг	Мониторинг эффективности работы групп; систематический сбор клинических и других данных; использование муниципальной ИТ-платформы Sunhedsportal; поставщики услуг могут использовать собственные базы данных

Таблица 3.5 продолжение

Страна	Поддержка самопомощи	План системы предоставления услуг	Поддержка в принятии решений	Клинические информационные системы
<i>Дания продолжение</i>				
Региональные программы ведения заболеваний (универсальная модель, предложенная в 2008 г. Национальным советом здравоохранения)	Структурированное (по конкретному заболеванию и общее) обучение; информация; привлечение к разработке плана лечения и помощи и постановке целей, включая согласование сроков и методов оценки целей; регулярная оценка и мониторинг проблем и потребностей	Четко определенные функции участвующих работников здравоохранения; разработка индивидуальных планов комплексного оказания помощи; ВОП является основным координатором помощи пациентам с множественными заболеваниями при поддержке специалиста и куратора (обычно медсестры-специалиста); регулярное последующее наблюдение	Клинические рекомендации, разработанные рабочей группой и основанные на национальных и международных клинических руководствах; подготовка поставщиков услуг в соответствующих дисциплинах хронических заболеваний, включая мероприятия по изменению образа жизни, поддержку самопомощи, а также навыки обучения и способы мотивации	Национальные административные реестры и базы данных клинического качества позволяют осуществлять обмен данными и информацией, а также обеспечивать последовательный сбор данных; контроль качества согласно Датской модели качества (DDKM) и Национальной системе индикаторов
Интегрированные клинические протоколы	Не указано	Четкое определение обязанностей (диагностика, лечение, реабилитация); разработка планов индивидуального ухода; назначенный координатор помощи; регулярное последующее наблюдение с интервалами, зависящими от состояния пациента	Национальные клинические руководства	Государственный институт сыровоток (SSI) с 2012 г. координирует Национальный реестр пациентов и Онкологический реестр; установлены специальные коды для мониторинга интегрированных клинических протоколов с обязательной отчетностью датских больниц с октября 2012 г. Аналогичные коды были также установлены для интегрированных клинических протоколов сердечных заболеваний; отчетность о них стала обязательной в июле 2013 г.
<i>Италия</i>				
Интеграция, лечение и помощь при диабете (IOEA)	Структурированное просвещение по диабету, осуществляемое подготовленным персоналом (специалистами, медсестрами, ВОП); привлечение к разработке плана оказания помощи; доступ к инструментам самопомощи; регулярная оценка проблем и достижений	Использование протоколов комплексной помощи; медсестра-специалист разрабатывает индивидуальные планы помощи или лечения; состав группы варьирует в соответствии с индивидуальными потребностями пациента	Основные на фактических данных руководства по ведению диабета 2-го типа и двухэтапное обучение поставщика услуг; подготовка инструкторов на национальном и региональном уровнях и индивидуальное обучение поставщика услуг с использованием обратной связи для совершенствования программы	Реестры больных диабетом, включенных в программу, хотя формат реестров варьируется в зависимости от региона. В документе Информационная система изложены принципы развития информационных систем

Страна	Поддержка самопомощи	План системы предоставления услуг	Поддержка в принятии решений	Клинические информационные системы
Италия <i>продолжение</i>	<p>Обучение и консультирование; инструктаж по мерам самоконтроля; участие в разработке и согласовании плана помощи; регулярные оценки проблем и потребностей; поддержка со стороны социальных работников, если необходимо</p> <p>Обучение, основанное на восьми приоритетных подходах, определенных Logit & Holman; систематическая оценка потребностей пациента (лично или по телефону) и последующее наблюдение</p>	<p>Клинические протоколы, выполняющиеся группами под руководством ВОП; периодические совещания в местных органах здравоохранения (ASL) с участием врача системы общественного здравоохранения; четкое определение функций персонала, включая использование графических схем; штатная медицинская сестра ведет отдельные случаи и консультации</p>	<p>Основные на фактических данных руководства, служащие доказательной базой для клинических протоколов и комплексной программы взаимного обучения для всех вовлеченных специалистов и отдельных групп специалистов по конкретным вопросам; доступ к специалистам; обучение медсестер</p>	<p>База данных участвующих пациентов для мониторинга эффективности практикующей группы в ходе регулярных совещаний; обмен информацией среди членов группы посредством электронной системы ВОП, возглавляющего группу; действует электронная система регистрации</p>
<p>Пилотный проект Leonardo, Апулия</p>	<p>Участие в разработке плана помощи и принятии решений; доступ к тренингам и мероприятиям в рамках последующего наблюдения, проводящегося по телефону, в офисе врача или на дому у пациента; доступ к информационным материалам о болезни, имеющихся услугах и образе жизни</p>	<p>Менеджер по оказанию помощи работает совместно с ВОП согласно индивидуальному плану оказания помощи пациенту; четко определены функции персонала; регулярные совещания персонала; мероприятия, перечисленные в плане оказания помощи, представлены на графических схемах; контроль приема лекарств</p>	<p>Основные на фактических данных принципы управления помощью, систем оценки и обучения персонала (менеджеров по оказанию помощи – в области консультирования и коммуникационных технологий; ВОП – в области использования программного обеспечения); при необходимости доступен опыт специалистов</p>	<p>Программное обеспечение InfomaCare™; напоминания для поставщиков услуг; сбор данных для оценки эффективности; постоянный мониторинг прогресса; обмен информацией. Действует электронная система регистрации</p>
<p>Проект Raffaello, Марке и Абрुццо</p>	<p>Регулярная оценка проблем и достижений; в некоторых случаях доступ к службам социально-психологической реабилитации (психическое здоровье)</p>	<p>Менеджер по оказанию помощи работает совместно с ВОП согласно индивидуальному плану оказания помощи пациенту; четко определены функции персонала; выявление случаев посредством мероприятий первичной профилактики</p>	<p>Обучение поставщиков услуг (подготовка инструкторов и индивидуальных поставщиков услуг для ВОП и менеджеров по оказанию помощи); упоминается доступ к опыту и знаниям специалистов, но специалисты не играют активной роли в группе; моделирование предлагаемой стратегии до начала реализации для оценки ее воздействия на существующую организацию</p>	<p>Программное обеспечение, разработанное для менеджеров по оказанию помощи; регулярные напоминания для ВОП о запланированных тестах и времени приема пациентов; связь между пациентом и персоналом; обеспечить соблюдение рекомендаций, основанных на фактических данных; оценка клинических исходов</p>
<p>Укрепление межсекторального сотрудничества</p>	<p>Не документировано</p>	<p>Доступ к специалистам</p>	<p>Доступ к специалистам</p>	<p>Не документировано</p>

Таблица 3.5 продолжение

Страна	Поддержка самопомощи	План системы предоставления услуг	Поддержка в принятии решений	Клинические информационные системы
Латвия				
Система первичной врачебной помощи	Не указано	Планируется, что вместе с ВОП, занимающимся хроническими заболеваниями, будет работать вторая медсестра; обучение самопомощи; укрепление здоровья и профилактика заболеваний; развитие медицинской помощи на дому	Критерии качества для врачей общей практики определяются законом; к ним относятся показатели периодической оценки пациентов с такими заболеваниями, как астма или диабет	Не указано
Литва				
Укрепление межсекторального сотрудничества	Регулярная оценка проблем и достижений; в некоторых случаях доступ к службам социально-психологической реабилитации (психическое здоровье)	Выявление случаев медсестрой; пилотный проект по ведению отдельных случаев (ВИЧ/СПИД, некоторые психические расстройства)	Доступ к специалистам	Не документировано
Клиническое руководство	Регулярная оценка клинических показателей	Индивидуальные планы помощи часто разрабатываются для диабета и депрессии, они также необходимы для сердечно-сосудистых заболеваний	Клинические руководства (основанные на фактических данных); просвещение поставщиков услуг о различных состояниях (например, депрессии) при поддержке частного сектора (фармацевтические компании); доступ к специалистам	Тестируются электронные системы регистрации; обратная связь с поставщиками по поводу предоставления услуг через базу данных, которую поддерживает территориальный фонд пациентов (SVEIDRA)
Нидерланды				
Программа ведения бронхиальной астмы MaaDor	Доступ к интерактивной обучающей программе по диабету (DIEP), включающей в себя компонент для поставщиков услуг, посвященный вмешательству в поддержку здоровья образа жизни, способствующих привлечению пациентов к разработке плана лечения и определению целей; веб-сайт DIEP; систематическое наблюдение за пациентом	Стратификация пациентов по трем уровням, в зависимости от интенсивности оказываемой помощи и участвующего медицинского персонала (ВОП, медсестра-специалист по диабету, эндокринолог); четко определены функции персонала; медсестра-специалист по диабету служит связующим звеном между больницей и первичной медико-санитарной помощью для всех пациентов; регулярные совещания основной группы	Использование протокола MaaDor; доступ к специалистам, при этом эндокринолог контролирует работу медсестры-специалиста по диабету и консультирует ВОП, плюс обучение	Не интегрирована; контактные данные пациентов и информация об исходах собрана у ВОП и в информационных системах больниц

Страна	Поддержка самопомощи	План системы предоставления услуг	Поддержка в принятии решений	Клинические информационные системы
<p>Нидерланды <i>подолжене</i></p>	<p>Регулярные плановые обследования, включающие обучение самопомощи, которое осуществляется практикующими медсестрами либо медсестрами-специалистами по диабету, в зависимости от уровня потребностей</p>	<p>Стратификация пациентов по четырем обычным модулям плюс два модуля для (комплексных) проблем; определены функции и обязанности персонала; ВОП контролирует направление пациентов в учреждения вторичной медицинской помощи и обеспечивает последующее наблюдение</p>	<p>Стандарты помощи при диабете и протокол многопрофильной помощи, утвержденные на национальном уровне; критерии направления к другим поставщикам услуг; терапевт выступает в качестве консультанта для медсестер-специалистов по диабету или пациентов с (комплексными) проблемами</p>	<p>Электронные записи пациента по конкретному заболеванию (Medix) содержат данные о плановых обследованиях и направлениях к другим специалистам в рамках программы помощи, что позволяет обмениваться информацией и автоматизировать протоколы оказания помощи, а также позволяет связать их с лабораторными данными и функциональными показателями</p>
<p>Помощь при инсульте в Делфте</p>	<p>Обучение адаптировано в соответствии с пожеланиями и потребностями отдельных пациентов и их опекунов (осуществляется устно или с помощью печатных материалов, групповых встреч, чередующихся с индивидуальными занятиями, также возможно использование Интернета или DVD)</p>	<p>Общие элементы: стационарное отделение для больных с инсультом; специализированная многопрофильная группа, оказывающая помощь; помощь согласно протоколу; соглашения о направлении пациентов; регулярные многопрофильные совещания персонала в различных условиях; структурированное наблюдение со стороны медсестер-специалистов после выписки домой пациентов с инсультом</p>	<p>Общие протоколы оказания помощи и национальное руководство по многопрофильной помощи при инсульте, разработанные более чем 70 специалистами и представляющие 26 обществ или учреждений, занимающихся пациентами с инсультом; специальная подготовка персонала</p>	<p>Электронные медицинские записи пациента Rotterdam Stroke Service: позволяют вести документацию и обмениваться информацией; отслеживать и регистрировать лекарственные препараты; запрашивать, планировать и регистрировать (дополнительные) обследования; поддержка рабочего процесса</p>
<p>Национальный стандарт ведения пациентов, подверженных риску сосудистых заболеваний</p>	<p>Привлечение к совместному принятию решений, разработка плана помощи и определение целей; приобретение навыков самопомощи посредством целенаправленной коммуникации; мотивационное консультирование; или эмоционально-ориентированное общение</p>	<p>Определенный поэтапный процесс; четкое определенные функции и обязанности персонала; основное лицо, осуществляющее уход, является первой инстанцией и координатором помощи, обученным управлению сосудистыми рисками и умеющим поддерживать самопомощь и контролировать направление пациента к другим специалистам</p>	<p>Стандарт многопрофильной помощи по управлению сосудистыми рисками; при необходимости возможны консультации со специалистами</p>	<p>ИТ-системы используются для регистрации, обмена и интерпретации данных пациентов в рамках управления сосудистыми рисками, как на индивидуальном, так и на групповом уровне</p>

Таблица 3.5 продолжение

Страна	Поддержка самопомощи	План системы предоставления услуг	Поддержка в принятии решений	Клинические информационные системы
Франция				
<i>Сети поставщиков услуг</i>				
К примеру, диабетические сети: REVEDIAB	Информация и обучение (на-пример, диета); тренинги, проводимые медсестрами; участие в разработке плана лечения, направленное на формальное соглашение между пациентом и сетью; регулярная оценка и последующее наблюдение, включая журнал регистрации пациентов, заполняемый консультирующим врачом	Четкое определение функций многопрофильной группы работников здравоохранения; разработка индивидуального плана помощи основной группой; дискуссионный форум и кружки качества; регулярное последующее наблюдение	Основанные на фактических данных руководства и протоколы оказания помощи; обучение поставщиков услуг в рамках непрерывного медицинского образования	Общая информационная система, включающая базу данных регулярных клинических индикаторов и использующаяся для оценки и контроля качества; ведение пациентами записей для облегчения мониторинга; в некоторых системах действуют функции напоминания; ВОП не имеют постоянного доступа к централизованно хранящейся информации о пациенте
Координация профессиональной помощи пожилым людям (COPA)	Привлечение к разработке плана лечения и установлению целей	Четко определенные функции, подготовленная медсестра ведет отдельные случаи; разработка индивидуального плана оказания помощи; периодические совещания многопрофильных групп (ВОП, гериагры, помощники); выявление случаев	Обучение поставщиков услуг гериатрической оценке (InteGRA), которая служит доказательной базой при составлении плана помощи и выявлении случаев	База данных для оценки и документирования; в будущем должна быть интегрирована в клиническую практику
<i>Конкретные программы</i>				
Программа помощи при диабете и астме Sophia (OMC)	Рекомендации и информация о самостоятельном контроле болезни и поведении в отношении здоровья; содействие коммуникации с медицинскими работниками; доступ к специализированному веб-сайту программы	Четкое определение функций: регулярные индивидуальные (с учетом потребностей) телефонные консультации обученной медсестры, при этом координатором помощи остается ВОП; стратификация пациентов в зависимости от риска для определения частоты вмешательства	Руководства, основанные на фактических данных	Программное обеспечение для стратификации риска
Деятельность групп самозанятых медицинских работников в области здравоохранения (ASALEE)	Просвещение по вопросам заболевания, осуществляемое обученной медсестрой	Четкое определение функций персонала, при этом медсестры несут ответственность за скрининг когнитивных нарушений и факторов сердечно-сосудистого риска среди лиц старше 75 лет	Не указано	Системы напоминаний в записях пациента и системах мониторинга

Страна	Поддержка самопомощи	План системы предоставления услуг	Поддержка в принятии решений	Клинические информационные системы
Франция <i>проблжеше</i>	Еженедельные визиты медсестры на дом в течение двух месяцев для обучения пациента; брошюры с полезной информацией для пациентов	Организация и координация сотрудником, ответственным за выписку пациента, консультаций в рамках последующего наблюдения	Алгоритмы оказания помощи для участвующих работников здравоохранения	Журнал для пациента, содержащий физиологическую информацию, которая будет использоваться всеми работниками здравоохранения
Выплаты на основании конкретных целей общественного здравоохранения (ROSP)	Не применимо	Не применимо	Стимулы для создания программного обеспечения для выписки рецептов; (косвенное) соблюдение рекомендаций посредством вознаграждения за показатели качества	Стимулы для инфраструктуры, связанной с электронными медицинскими записями и передачей данных (главным образом для ОМС)
<i>Мероприятия в рамках Плана по борьбе с раком на 2003–2007 гг.</i>				
Протокол взаимодействия и содействия совместному принятию решений по поводу заболевания (Dispositif d'apnonce)	Время, специально отведенное для информирования о заболевании и мерах поддержки; участие в процессе принятия решений; доступ к психологической и социальной помощи; регулярная оценка потребностей пациентов; последующее наблюдение	Четко определены функции персонала, поддержка оказывается медсестрой, психологом или социальным работником; индивидуальное последующее наблюдение	Национальные рекомендации по коммуникации с пациентом, разработанные HAS/INCa	Созданы системы, позволяющие обмениваться данными об онкологических больных (Dossier comultipliant en canceologie); однако их внедрение варьировалось в различных регионах
Совещание многопрофильной группы специалистов (RCP)	Реализовано в рамках Dispositif d'apnonce	Разработка индивидуальных планов оказания помощи (PPS); четко определены функции персонала, при этом врач, дающий направление, составляет примерный план лечения для обсуждения с группой; каждую неделю проводятся групповые совещания по каждой онкологической специализации и каждые две недели – обсуждения отдельных онкологических пациентов	Региональные руководства/рекомендации по онкологической практике, основанные на национальных рекомендациях, разработанных HAS/INCa	Созданы системы, позволяющие обмениваться данными об онкологических больных (Dossier comultipliant en canceologie); однако их внедрение варьировалось в различных регионах

Таблица 3.5 продолжение

Страна	Поддержка самопомощи	План системы предоставления услуг	Поддержка в принятии решений	Клинические информационные системы
<i>Франция продолжение</i>				
Региональные онкологические сети	Реализовано в рамках Dispositif d'apponc	Реализовано в рамках RCP; кроме того, регулярные (каждый месяц, каждые шесть месяцев) совещания поставщиков услуг в форме семинаров для каждой группы специализированной региональной практики, региональные руководства	Реализовано в рамках RCP	Созданы системы, позволяющие обмениваться данными об онкологических больных (Dossier communiqué en cancérologie); однако их внедрение варьировалось в различных регионах
Локальные онкологические сети или сети множественной патологии	Реализовано в рамках Dispositif d'apponc	Участие ВОП в многопрофильных консультациях; разработка ВОП плана наблюдения, охватывающего эпизоды между госпитализациями, лечением на дому и мониторингом послелечебной помощи	Реализовано в рамках RCP с элементами обучения поставщиков услуг на местном уровне (ВОП, медсестры, оказывающие помощь на дому) в рамках реализации региональных руководств; доступ к опыту специалистов в больнице	Доступ для ВОП к электронным медицинским записям участвующих пациентов
<i>Эстония</i>				
Управление качеством в первичной медицинской помощи	Обучение, предоставляемое ВОП/семейной медсестрой; участие в разработке плана помощи; регулярная оценка и последующее наблюдение; дополнительная поддержка со стороны медсестры, осуществляющей уход на дому, или социального работника, если это необходимо	Выявление случаев; разработка индивидуальных планов лечения и помощи; регулярное последующее наблюдение	Основанные на фактических данных руководства по диагностике, лечению и ведению заболеваний; обучение поставщиков услуг в рамках непрерывного профессионального развития в сфере первичной и специализированной помощи; деятельность по управлению качеством	Информационная система врачебной практики согласно обязательным правилам включает электронные медицинские записи, системы регистрации и напоминания; ИТ-система, связанная с базами данных всех поставщиков медицинских услуг в стране (доступна онлайн с 2009 г.)
Ведение хронических заболеваний на стыке первичной и вторичной медицинской помощи	Обучение (специализированное), участие в разработке плана оказания помощи; регулярная оценка и последующее наблюдение; наставничество/взаимная поддержка через ассоциации пациентов (например, рассеянный склероз, болезнь Паркинсона); поддержка на дому со стороны медсестры или социального работника, если это необходимо	Выявление случаев; разработка индивидуальных планов лечения и помощи; регулярное последующее наблюдение	Основанные на фактических данных руководства по диагностике, лечению и ведению заболеваний; обучение поставщиков услуг в рамках непрерывного профессионального развития в сфере первичной и специализированной помощи	Информационная система врачебной практики согласно обязательным правилам включает электронные медицинские записи, системы регистрации и напоминания; ИТ-система, связанная с базами данных всех поставщиков медицинских услуг в стране (доступна онлайн с 2009 г.)

Швейцария	<p>Сеть помощи при диабете DiaBaid</p> <p>Информационные материалы; индивидуальное обучение самопомощи с учетом потребностей пациента и последующее наблюдение; регулярная оценка проблем и потребностей; привлечение к определению цели и разработке плана лечения</p>	<p>Четкое определение функций и задач персонала; ежемесячные групповые совещания и еженедельные координационные совещания; разработка плана оказания помощи; запланированное наблюдение за пациентом, включая контакты по телефону не реже одного раза в год</p>	<p>Протоколы оказания помощи разработаны в соответствии с международными и швейцарскими руководствами; в программе участвуют врачи-специалисты</p>	<p>Общий доступ к электронным медицинским записям, позволяющий осуществлять (ограниченный) обмен информацией между работниками здравоохранения (индивидуальный доступ); включение в себя электронную систему регистрации</p>
Сеть помощи при диабете DiaBaid	<p>Информационные материалы; индивидуальное обучение самопомощи с учетом потребностей пациента и последующее наблюдение; регулярная оценка проблем и потребностей; привлечение к определению цели и разработке плана лечения</p>	<p>Четкое определение функций и задач персонала; ежемесячные групповые совещания и еженедельные координационные совещания; разработка плана оказания помощи; запланированное наблюдение за пациентом, включая контакты по телефону не реже одного раза в год</p>	<p>Протоколы оказания помощи разработаны в соответствии с международными и швейцарскими руководствами; в программе участвуют врачи-специалисты</p>	<p>Общий доступ к электронным медицинским записям, позволяющий осуществлять (ограниченный) обмен информацией между работниками здравоохранения (индивидуальный доступ); включение в себя электронную систему регистрации</p>
Клинический протокол для рака молочной железы, больницы университет Лозанны	<p>Письменная информация; регулярная переоценка состояния пациента; совместное принятие решений; поддержка силами обученных медсестер и социальных работников; возможный доступ к группам взаимной поддержки</p>	<p>Подробно изложенный клинический протокол; регулярные совещания с участием персонала и руководителей проекта; спланированные, заранее намеченные очные консультации; регулярные оценки внедрения протокола</p>	<p>Адаптированные международные/национальные руководства; обучение врачей и медсестер, участвующих в программе; специалисты, работающие в стационаре, полностью включены в программу; дальнейшая поддержка посредством письменной документации, содержащей подробное изложение протокола</p>	<p>База данных и биобанк; обратная связь с поставщиками по поводу задержек, количество новых случаев в месяц, объем повторных операций или количество операций у данного хирурга, выполняющего основной объем вмешательств по отношению к общему числу операций по поводу рака молочной железы</p>
Сеть врачей Delta, Женева	<p>Регулярное предоставление информации (два информационных письма в год) с подробными данными о доступе к консультациям и мероприятиям по укреплению здоровья и профилактике заболеваний; веб-сайт</p>	<p>Врачи первичной медико-санитарной помощи выступают в качестве диспетчеров для доступа к специализированным услугам; разрабатывается стратегия ведения хронического заболевания для диабета, сердечной недостаточности и астмы</p>	<p>Организация регулярных кружков качества для всех врачей, участвующих в сети</p>	<p>Не указано</p>

Источники: Австрия: S. nischsen, Flamm & Nolle (2015); Дания: Fr. lich, Jacobsen & Knai (2015); Англия: Nolte et al. (2015); Эстония: Lai & Knai (2015g); Франция: Chevret et al. (2015); Германия: E. her, Fullerton & Nolte (2015); Венгрия: Saal et al. (2015); Италия: Ricciardi et al. (2015); Латвия: Lai, Knai & Taube (2015); Нидерланды: Elissen et al. (2015); Швейцария: Reutemann-Bidevaux et al. (2015).

Примечания: ПБЗ: программа ведения заболевания; ВОП: врач общей практики; BRASS: скрининговая шкала оценки риска по Blaylock; ИТ: информационная технология; ЕЕР: validation des pratiques professionnelles (оценка профессиональной практики); ОМС: обязательное медицинское страхование; HAS: Haute Autorité de Santé (Национальный орган здравоохранения); INCa: Institut National Du Cancer (Национальный институт рака); РСР: reunion de concertation pluridisciplinaire (совещание многопрофильной группы специалистов); СС-З: сердечно-сосудистое заболевание; ХОБЛ: хроническая обструктивная болезнь легких; НИНФА: Управление фонда национального медицинского страхования; ВИЧ: вирус иммунодефицита человека; СПИД: синдром приобретенного иммунодефицита; ДИЕР: Интерактивная обучающая программа по диабету; ZfO: Z.org in Ontwikkeling (Помощь в развитии); DVD: цифровой видеодиск

Как отмечалось ранее, в задачи данного обзора не входил всеобъемлющий перечень всех подходов в какой-либо стране. Кроме того, наше внимание было сосредоточено на опубликованных данных, поэтому новаторские подходы, которые разрабатываются или реализуются в настоящее время, могли быть упущены. Тем не менее, нам удалось сделать ряд общих выводов.

3.6.1 Большинство подходов, как правило, относятся к группам населения с определенными заболеваниями

Чаще всего подходы нацелены на диабет 2-го типа, астму/ХОБЛ, сердечно-сосудистые заболеваний (хроническая сердечная недостаточность, ИБС, инсульт), рак и психические расстройства. Осуществляется это на национальном уровне или в децентрализованных системах на региональном уровне, как правило, путем структурированного ведения заболеваний, чтобы улучшить координацию. Существуют большие различия в характере и масштабах подходов и в том, в какой степени не медицинский персонал участвует в оказании помощи. Обычно ВОП или семейный врач выступает в качестве основного поставщика услуг или координатора оказания помощи.

3.6.2 Наблюдается тенденция к повышению роли медсестер в оказании и координации помощи

В системах с традиционным участием многопрофильных групп специалистов часто привлекают медсестер для оказания и координации помощи (Nolte & McKee, 2008a). В качестве примеров можно привести клиники, возглавляемые медсестрами, и ведение медсестрами отдельных случаев, как это принято в таких странах, как Англия, Италия и Нидерланды. И наоборот, внедрение подходов с участием медсестер в системе первичной медико-санитарной помощи идет с трудом там, где первичную помощь традиционно оказывают врачи индивидуальных практик с небольшим вспомогательным персоналом. Тем не менее, в таких странах предпринимаются шаги по расширению функций медсестер в области координации помощи или ведения случаев, как, например, в Дании, Литве и Франции. Страны также стремятся усилить роль медсестер в области оказания поддержки пациентам в самопомощи или выполнения отдельных медицинских манипуляций, хотя чаще всего такие манипуляции выполняются под контролем ВОП или семейного врача, например в Австрии, Германии и Франции.

3.6.3 Подходы по снижению барьеров между секторами пока мало распространены

Многие из рассмотренных подходов по улучшению помощи людям с хроническими или долгосрочными состояниями, как правило, реализуются в рамках существующих организационных и управленческих структур, причем барьеры между структурами или секторами сохраняются. Несмотря на действенное улучшение координации за счет, например, упорядоченного направления пациентов к другим специалистам, структурные барьеры между секторами препятствуют дальнейшему совершенствованию услуг по комплексному удовлетворению потребностей в долгосрочной помощи.

Подходы с уменьшением или устранением конкретных барьеров между структурами или секторами встречались реже. Как правило, речь шла о налаживании взаимодействия между поставщиками услуг первичной медико-санитарной помощи и вторичной помощи или между поставщиками услуг вторичной помощи и реабилитации. Примеры включают в себя некоторые сети поставщиков услуг во Франции, ряд контрактов на оказание комплексной помощи в Германии или службу помощи при инсульте в Делфте, Нидерланды, как один из образцов интегрированных услуг по уходу. Часто, хотя и не всегда, подходы, меняющие сложившийся алгоритм предоставления услуг с преодолением секторальных границ за счет, например, новых способов заключения контрактов между спонсорами и поставщиками, реализуются в качестве пилотных проектов. Примерами могут служить пилотные программы комплексной помощи и проект Партнерство для пожилых людей в Англии, а также пилотный проект по укреплению межсекторального сотрудничества в Литве. Проект SIKS в Копенгагене, Дания, — типичный пример пилотного проекта по оказанию комплексной помощи, который завершился с окончанием пилотного этапа, но создал важную доказательную базу для выработки политики по скоординированным подходам к оказанию помощи во всей Дании.

3.6.4 Внедрение подходов часто предполагает наличие финансовых стимулов

В ряде стран введение новых подходов к улучшению помощи людям с хроническими заболеваниями связано с необходимостью дополнительного стартового финансирования для развития инфраструктуры (например, административных структур). Эти подходы могут быть ориентированы на плательщиков, например, муниципалитеты Дании, пилотные программы комплексной помощи в Англии, контракты на оказание комплексной помощи в Германии или, в некоторых случаях, на поставщиков услуг, например сети поставщиков во Франции.

Однако, как правило, новые подходы будут включать в себя некоторую форму финансового стимулирования, чаще всего отдельных поставщиков услуг или врачей, например в рамках программ ведения заболеваний в Австрии и Германии, а также ВОП (помощь при диабете) в Дании, сети поставщиков во Франции, группы помощи в Нидерландах и Италии или врачебные практики в Англии. Финансовые стимулы для пациентов тоже используются, но реже.

3.6.5 Уровни поддержки пациентов и медицинских работников варьируют

Доступ пациентов обычно осуществляется так же, как и доступ к обычной медицинской помощи. Многие подходы внедряются в отдельных географических регионах, поэтому доступ к ним может быть ограничен определенными группами населения. В большинстве подходов предусмотрены некоторые формы поддержки самопомощи пациентов, хотя уровень и объем этой поддержки варьируются. В большинстве подходов клинические информационные системы для ведения хронических заболеваний используются реже всего.

Перспективы на будущее

Ellen Nolte, Cécile Knai, Richard B. Saltman

Хронические заболевания сейчас представляют собой основной вызов системам здравоохранения на национальном и международном уровне (Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций, 2011 г., Совет Европейского союза, 2013 г., Всемирная организация здравоохранения, 2013 г.). В Европе хронические заболевания — величайшее препятствие на пути к достижению поставленной перед ЕС цели — увеличению на два года числа лет жизни, прожитых населением ЕС в хорошем состоянии здоровья (Совет Европейского союза, 2013). Для достижения этой цели потребуются эффективные меры по профилактике заболеваний (Novotny, 2008), а также обеспечение для людей с хроническими заболеваниями возможности участия в жизни общества.

Мы показали, что лица, формирующие политику в европейских системах здравоохранения, осознали эти проблемы и признали как финансовую, так и социальную важность эффективного удовлетворения потребностей при хронических и долгосрочных заболеваниях, однако испытывают значительные трудности при разработке действенных программ (Nolte & McKee, 2008a).

Причин сохраняющихся трудностей в отношении практической реализации несколько, но основная состоит в том, что стратегии борьбы с меняющимся бременем заболеваний работают на стыке нескольких различных подсистем, общественного здравоохранения, медицинской и социальной помощи, в условиях расширенных нормативных рамок. Реализуемые странами и описанные в главе 3 подходы преследуют, зачастую одновременно, широкий ряд целей:

- улучшить качество оказываемой помощи и конечные показатели здоровья у людей с комплексными потребностями;
- укрепить систему первичной медико-санитарной помощи и общественные службы, оптимизировать их взаимодействие с системой вторичной помощи;
- повысить эффективность использования ограниченных ресурсов и снизить расходы на медицинские услуги;
- дать возможность людям с хроническими и долгосрочными состояниями участвовать в определении методов лечения и ухода.

Достичь всех этих целей было бы непросто для любого комплекса политических инноваций. В данном случае это особенно сложно, поскольку потребности в комплексной помощи у людей с множественными хроническими состояниями имеют долгосрочный характер, а интересы и приоритеты тех, кто участвует в предоставлении и финансировании этой помощи, не всегда совпа-

дают. Они могут различаться на разных уровнях системы, начиная с первичной помощи пациенту и организационного контекста, до финансирования и политики на системном уровне; на каждом из этих уровней имеются четкие представления и перспективы в отношении предоставления услуг здравоохранения (Plochg & Klazinga, 2002). Вероятность успешной реализации даже многоцелевых инновационных подходов будет сильно зависеть от конкретного политического, экономического и культурного контекста.

В этом томе представлены бытующие в Европе представления об отклике на этот комплекс многочисленных политических задач. Изучая различные подходы в рассматриваемых странах, можно выявить закономерности, оценить их инновационный потенциал и вероятность успеха или неудачи. Важно подчеркнуть, что стратегии ведения хронических заболеваний постоянно развиваются, и многие подходы, которые тестируются и внедряются в странах Европы, лишь кратко проиллюстрированы в этом томе. Вполне вероятно, что на момент публикации этого тома некоторые представленные здесь подходы претерпят изменения, будут расширены или, наоборот, заменены новыми стратегиями. Кроме того, как уже было отмечено, разные системы находятся на разных этапах реализации в той или иной степени комплексного подхода (Nolte & McKee, 2008c), и представленные в данном томе доказательства подтверждают это наблюдение. Именно в таком контексте нужно обсуждать основные выводы из представленных результатов.

4.1 Извлечь уроки из существующих подходов

В нашем обзоре подходов к улучшению помощи лицам с хроническими заболеваниями в Европе выявлена тенденция вносить изменения в существующие структуры поставщиков услуг, тогда как модели со снижением барьеров между поставщиками, учреждениями или секторами за счет изменения схемы обслуживания менее распространены. Такие подходы были реализованы пока только в виде экспериментальных проектов или, если они были составной частью плановой помощи, то, как правило, ограничивались определенной местностью или регионом.

Одним из примеров можем служить модель оказания комплексной помощи в Германии *Gesundes Kinzigtal* (Здоровый Кинцигталь) (Hildebrandt et al., 2010). Эта модель, внедренная в 2006 г., считается единственным в Германии долгосрочным интегрированным подходом в области общественного здравоохранения. В ней использован инновационный совместный контракт на улучшение здоровья между компанией по управлению здравоохранением, включающей местную сеть врачей, и двумя региональными фондами ОМС на юго-западе Германии, наряду с элементами Р4Р и долей в прибыли компании на основе эффективности отдельных поставщиков. Этот подход был сопряжен с соразмерно меньшим увеличением расходов на здравоохранение по сравнению с другими регионами в той же земле и сравнительной экономией 17% от общих расходов за четырехлетний период с 2006 по 2010 г. (Hildebrandt, Schulte & Stunder, 2013).

В модели предоставления услуг *Здоровый Кинцигаль* использовалось начальное финансирование, которое стало возможным благодаря решению правительства с 2004 г. стимулировать выборочные контракты фондов ОМС с отдельными поставщиками для развития комплексной помощи (Erlor, Fullerton & Nolte, 2015). Этот вариант позволил развить активную деятельность, и к 2008 г. было заключено около 6500 контрактов на комплексную помощь, охватывающих в общей сложности около 6% пациентов, застрахованных в системе ОМС (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2012). Однако с тех пор число контрактов на комплексную помощь осталось на прежнем уровне, поскольку с 2009 г. было прекращено начальное финансирование; например, в течение 2008–2009 гг. около 20% контрактов были отменены или не возобновлены из-за прекращения финансирования. Важно отметить, что, по оценкам опыта внедрения контрактов на комплексную помощь, опубликованным в 2012 г., было получено несколько ожидаемых преимуществ, таких как рост удовлетворенности пациентов получаемой помощью или возможность избирательно заключать контракты, однако других целей, а именно экономии средств и сокращения использования услуг, достичь не удалось (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2012). Тем не менее, программа *Здоровый Кинцигаль* была продолжена и, как указывалось выше, продемонстрировала возможность экономии средств. Несмотря на усилия по распространению этой и других моделей комплексной помощи по всей Германии, общий уровень их использования остается невысоким.

Пример программы *Здоровый Кинцигаль* в Германии не уникален, в других странах также есть аналогичные проекты с инновационными моделями предоставления услуг, пока не развернутые в более широком объеме (Cunyu & Nam, 2011). Более широкое распространение моделей, как правило, требует некоторой модификации данного подхода для успешного старта, что может означать необходимость адаптации инновационных элементов. Голландские группы первичной медико-санитарной помощи могут служить примером расширения масштабов модели оказания помощи, которая была разработана на местном уровне и послужила доказательной базой для общенационального подхода, сохраняя при этом основные инновационные функции местной модели, программы ведения заболеваний *Matador* в Маастрихте (Elissen et al., 2015).

Модель *Matador* включала следующие инновационные компоненты: групповой подход с участием медсестры-специалиста по диабету, действующей как связующее звено между поставщиками первичной и вторичной помощи и берущей на себя некоторые врачебные функции; использование протоколов, распределяющих основные обязанности медицинского персонала в отношении трех подгрупп пациентов для врача-специалиста (очень сложные потребности), медсестры-специалиста по диабету (промежуточные или стабильные потребности) или ВОП и помощника врача (несложные потребности), а также предусматривающих поддержку самопомощи. Изменение схемы модели в направлении групп помощи при диабете потребовало уточнения роли ВОП

и поставщиков услуг первичной медико-санитарной помощи в целом: на них была возложена основная ответственность за подгруппу пациентов с промежуточными и сложными потребностями. Дальнейшая адаптация включала наем врачами общей практики помощников врачей со средним медицинским образованием и без него. В результате изменилась роль медсестры-специалиста по диабету, которая стала консультантом по первичной медико-санитарной помощи и стала оказывать помощь пациентам с очень сложными потребностями. Комплексная оплата позволила дополнительно стимулировать и облегчить расширенное использование программы. Аналогичным образом, проект SIKS (Объединение усилий в помощь людям, живущим с хроническим заболеванием) в Копенгагене, Дания, служил доказательной базой при разработке программ ведения заболеваний для ХОБЛ, диабета 2-го типа и ССЗ в Столичной области Дании (Fr lich, Jacobsen & Knai, 2015).

Таким образом, перевод инновационных моделей предоставления услуг с многообещающими результатами на уровень выше пилотного проекта или надлежащей практики требует хорошего знания местных условий, влияющих на реализацию и устойчивость данной модели, так чтобы адаптировать конкретные процессы к другим условиям. В частности для комплексной помощи Goodwin (2013) подчеркнул необходимость более пристального внимания к исследованиям реализации, которые позволили бы подкреплять фактическими данными политику и практику здравоохранения. Также нужно лучше понимать то, что Greenhalgh et al. (2004) назвали «готовностью системы» к инновационным подходам, т. е. шаги, которые нужно предпринять для широкого внедрения новых моделей оказания помощи. Возможно, еще важнее лучше разобраться в существующих подходах к оказанию помощи, чтобы выявить наибольшие препятствия оказанию высококачественной медицинской помощи, которые, скорее всего, и помешают изменениям. Эта проблема была подчеркнута Epstein и Sherwood (1996); они определили ряд факторов успешной реализации процессов управления долгосрочной помощью, отметив необходимость понимания следующего:

- существующие проблемы оказания медицинских услуг;
- факторы, препятствующие пациенту или поставщику получать или предоставлять услуги самого высокого качества (такие как доступ или стоимость);
- относительная экономическая эффективность альтернативных вариантов лечения; а также
- успешность различных мер по изменению поведения человека (например, соблюдение указаний врача).

При непонимании текущей ситуации, структур и процессов, а также потенциала для изменений штатной структуры и предоставления услуг для улучшения конечных показателей здоровья пациентов могут быть внедрены подходы, не позволяющие достичь желаемых результатов. Если вернуться к примеру Германии, то среди факторов, которые Amelung, Hildebrandt and

Wolf (2012) сочли важными препятствиями для более широкого использования согласованных или комплексных подходов к оказанию помощи в рамках системы здравоохранения Германии, было отсутствие надлежащих стимулов для участия основных заинтересованных сторон. Так, по мнению этих авторов, для компаний медицинского страхования в настоящее время риски больше преимуществ: инновационные формы помощи обычно требуют инвестиций, однако согласно требованиям страховщики должны увеличивать страховые взносы при превышении расходов над доходами (поступлениями от своих членов), что, в свою очередь, снижает конкурентоспособность на страховом рынке. Таким образом, чтобы побудить страховщиков поддержать подходы по оказанию комплексной помощи, понадобится создать структуры стимулирования для балансировки соотношения рисков и преимуществ для страховщиков. Очевидно, что конкретные возможности и препятствия для участия в этих изменениях различных действующих субъектов системы будут различаться в разных условиях, и важно выявить все эти факторы в конкретном контексте.

Помимо необходимости лучше понять, как и почему данный подход работает, и можно ли его распространить, нужно оценить различия в воздействии новых моделей помощи на различные субъекты. Мы уже отмечали, что отсутствие доказательств улучшения исходов при использовании какого-либо вмешательства может просто отражать тот факт, что программные компоненты не соответствовали задаче улучшения здоровья в первую очередь (Nolte et al., 2012b). Аналогичным образом, если данные свидетельствуют о том, что данный подход к оказанию помощи улучшает результаты только в какой-то одной подгруппе участников, это может указывать на то, что вмешательство было неоптимальным или было недостаточно точно нацелено на тех, кто мог получить от него наибольшую пользу. Действительно, как обсуждалось в главе 2, существующие исследования указывают на важность целевых подходов для улучшения исходов у людей с комплексными потребностями в помощи и необходимость уделять особое внимание тем, кто, скорее всего, получит пользу. Например, оценка голландских групп первичной медико-санитарной помощи показала, что у пациентов с сахарным диабетом, плохо контролирующим уровень сахара в крови, наблюдались заметные улучшения, но большинство пациентов, которые и раньше контролировали свой уровень сахара должным образом, получило мало дополнительных преимуществ (Elissen et al., 2012). Хотя эти данные требуют дополнительного подтверждения (Elissen et al., 2013a), аналогичные наблюдения были получены в систематическом обзоре программ помощи при диабете (Pimouguet et al., 2011).

Аналогичным образом, оценка программы ведения диабета в Зальцбурге, Австрия, которая была выполнена как кластерное рандомизированное контролируемое исследование, обнаружила лишь незначительное влияние вмешательства на первичный исход — регуляцию обмена веществ (Flamm, Panisch & SÖnnichsen, 2012). По итогам оценки был сделан вывод о том, что

в этом подходе, возможно, недостаточно учитывалась поддержка самопомощи пациентов. На основании этих выводов в последующем исследовании модуль обучения пациентов был усилен путем внедрения взаимной поддержки среди пациентов с диабетом в том же регионе (Sönnichsen, Flamm & Nolte, 2015). Однако предварительные результаты этого исследования показывают, что расширенная программа не привела к значительному улучшению клинических исходов, профиля риска или качества жизни в группе вмешательства после двух лет наблюдения (Johansson et al., 2014). Так же, как и в описанной ранее ситуации с голландскими группами первичной медико-санитарной помощи, авторы объясняли отсутствие значимого эффекта тем, что и в группе вмешательства, и в группе контроля уже имелась адекватная регуляция обмена веществ, что оставляло мало возможностей для существенного улучшения. В целом эти результаты указывают на необходимость более систематической оценки новых моделей оказания помощи для последующего использования в качестве доказательной базы при разработке эффективных и действенных мер по борьбе с растущим бременем хронических заболеваний в Европе и во всем мире. Оценка поможет определить, приведет ли данное вмешательство к какому-либо неравенству в предоставлении медицинских услуг. Например, если участие в новом подходе к оказанию помощи основывается на добровольной регистрации, то существует вероятность того, что фактически получают пользу от программы только те пациенты, которые имеют более высокий уровень грамотности в вопросах здоровья (систематическая ошибка отбора) (Craig et al., 2008). Кроме того, результаты оценки способны также указать на проблемы при реализации программы; например высокие показатели отсева участников могут указывать на проблемы с организацией программы, в то же время свидетельствуя о том, что вмешательство в целом может не отвечать потребностям целевой группы населения.

Можно утверждать, что меры по удовлетворению потребностей людей с хроническими состояниями следует разрабатывать систематически, на основе надежных доказательств и соответствующей научной концепции, и тестировать поэтапно для использования в качестве доказательной базы при дальнейшей разработке наряду с оценкой. Однако, как отметили Craig et al. (2008), на практике вмешательства проистекают из разных источников, которые могут включать в себя научную концепцию или же опираться на слабые доказательства, в зависимости от ведущих элементов вмешательства. Тем не менее, даже если доказательной базой для моделей и программ послужили, скажем, политические задачи, существуют требования к дизайну программ, касающиеся оценки эффективности и внесения корректировок в процессе реализации, которые одинаково важны для того, чтобы результаты программы соответствовали ожиданиям. Мы уже показали, что страны могут столкнуться с серьезными препятствиями при систематической оценке новых моделей оказания помощи (см. вставку 4.1), что в значительной степени отражает отсутствие культуры оценки и связанной с этим нехватки потенциала, а также нежелание плательщиков или поставщиков участвовать в оценке (Knai et al., 2013).

Вставка 4.1 Препятствия для оценки, выявленные в пяти европейских странах

В рамках проекта DISMEVAL в 2010 г. мы провели ряд полуструктурированных интервью с ключевыми информантами из Австрии, Дании, Германии, Нидерландов и Франции, которые принимали участие в процессе принятия решений по различным аспектам ведения хронических заболеваний в контексте конкретной системы здравоохранения. В ходе интервью, среди прочего, были предприняты попытки изучить возможные препятствия для разработки, внедрения и оценки подходов к оказанию долгосрочной помощи.

Уделяя основное внимание оценке, ключевые информанты подчеркнули отсутствие в целом желания узнать, приводит ли данное нововведение к улучшению процессов или результатов. Это может быть обусловлено рядом факторов. Например, в Германии до недавнего времени фонды ОМС (обычно называемые больничными кассами), которые предлагали структурированное ведение заболеваний для своих членов, получали дополнительное финансирование за каждого пациента, зарегистрированного в программе ведения заболеваний (Erler, Fullerton & Nolte, 2015). Как следствие этого, те фонды ОМС, среди членов которых много людей с хроническими заболеваниями, возможно, были не слишком заинтересованы в оценке эффективности ведения заболеваний из-за риска потери этого дополнительного финансирования. И наоборот, для фондов ОМС с высоко долей относительно здоровых членов, которые меньше выигрывали от этого финансового стимула, доказывать эффективность ПВЗ было так же нежелательно:

Имелись явные политические причины. [...] Так, для некоторых больничных касс идея ПВЗ была очень привлекательной, потому что у них было больше пациентов с хроническими заболеваниями, подходящих для участия в этих программах. Они заработали много денег [на этой системе]. [...] Другие больничные кассы [...] подсчитали, что потеряют много денег, потому что у них не было [столько зарегистрированных] хронически больных пациентов. [...] И эти больничные кассы пытались остановить программы политическими методами. [...] Это была большая битва. Они хотели прекратить связь этих ПВЗ с RSA [схемой компенсации структуры рисков], поэтому не интересовались доказательствами успеха этих программ. И это представляет собой серьезную политическую проблему (Германия).

Другие информанты из Германии подчеркнули исторически сложившееся отсутствие интереса спонсоров к тому, «на что идут их деньги», хотя это изменилось в последние годы, с растущим «единодушием» в отношении необходимости оценки эффективного расходования денег субъектом федерации или больничными кассами.

Несколько ключевых информантов также указали на мнимое или реальное нежелание поставщиков способствовать проведению оценки, например, из-за сопряженной с этим дополнительной административной нагрузки. Не определены значимые показатели и практическая возможность их оценки наряду с сомнениями поставщиков услуг в достоверности критериев оценки; бытует мнение о том, подобные критерии не отражают истинное качество предоставляемой помощи. Об этом сообщали в нескольких странах, причем участники интервью отмечали, что предоставление таких данных (например, компаниям медицинского страхования) может быть истолковано поставщиками услуг как покушение на свободу практики в той мере, в какой, вероятно, их практика будет подвержена внешнему контролю:

[...] некоторые врачи [говорят], что не хотят собирать данные, потому что боятся синдрома «большого брата», [...] что о них будут судить по их данным. В Дании существует много небольших кабинетов ВОП: одна треть ВОП ведет свою практику единолично, поэтому их легче обвинить, если данные недостаточно хороши (Дания).

Это нежелание врачей раскрывать данные и результаты лечения пациентов плательщикам и другим заинтересованным сторонам может также отражать важность, которую поставщики услуг придают своей профессиональной независимости. Основная проблема заключается в том, что, если лечение и его исход станут прозрачными, это может осложнить отношения между врачом и пациентом и, таким образом, повлиять на помощь, оказываемую пациенту.

Вставка 4.1 *продолжение*

На этом фоне респонденты подчеркнули необходимость более активного привлечения врачей, чтобы прийти к общему пониманию целей оценки и тем самым усилить поддержку, как это отмечалось в отношении Германии:

У врачей амбулаторной помощи много работы с этими ПВЗ в связи с оценкой. Они должны давать много информации, но ее скорее используют [только] для нормативных целей, без должной обратной связи. Например, они не знают, что происходит с пациентом, они получили очень объемные отчеты. [...] Им не слишком нравится, что приходится много писать, много работать с данными, а результаты оценки недостаточно прозрачны и полезны. (Германия)

Источник: Knai et al. (2013)

4.1.1 Принять во внимание точку зрения пациента

Все больше доказательств указывает на потенциальные преимущества активного привлечения пациентов с хроническими состояниями к собственному лечению (Wagner, 1998; Holman & Lorig, 2000). Поддержка самопомощи сопровождается более правильным использованием медицинских услуг и потенциалом для улучшения исходов в отношении здоровья, хотя конкретная польза будет зависеть от конкретного заболевания (Coulter, 2006; Rijken et al., 2008). Концепция активного участия обладает притягательной силой и строится на так называемых «современных пациентах» по Dieterich (2007), которые имеют законное или моральное право на самостоятельность и самоопределение и, при соответствующих знаниях и информации, могут принимать решения и помогать совершенствовать систему путем обоснованного выбора (Greenhalgh, 2009). Однако, как заметили Vate и Robert (2006:307), «в большинстве стран, несмотря на длительное существование концепции «вовлечения пациентов», системы здравоохранения все еще не ставят пациентов на первое место». Действительно, если говорить о поддержке самопомощи у людей с хроническими заболеваниями, то, как мы показали в главе 3, на практике эти подходы внедряются медленно (Elissen et al., 2013b). Хотя поддержка пациентов вышла за рамки простого распространения информационных материалов и предполагает доступ к тренингам, обучение навыкам здорового образа жизни и консультирование, а также программы под руководством вспомогательного персонала, такие как Программа экспертов-пациентов в Англии, степень охвата более широких групп пациентов на практике часто неясна.

По опыту программы ведения диабета в Зальцбурге, Австрия, упоминавшейся ранее, трудно доказать влияние программ поддержки самопомощи на клинические исходы (Johansson et al., 2014). Систематические обзоры вмешательств по поддержке самопомощи у людей с хроническими заболеваниями указывают на некоторое улучшение отдельных результатов, таких как вера в собственные силы (Foster et al., 2007) или умеренное ослабление ряда симптомов, таких как боль, утомляемость, недомогание, а также рост самооценки состояния здоровья и качества жизни, связанного с здоровьем. Од-

нако эти эффекты часто краткосрочные, и их клиническая значимость пока неясна, равно как и их влияние на использование услуг (Franeek, 2013; Kroon et al., 2014). Существует много возможных объяснений очевидной неспособности программ поддержки самопомощи обеспечить устойчивое улучшение исходов. Например, продолжительность оценки, обычно около 12 месяцев, может быть недостаточной для выявления ощутимых изменения показателей здоровья или, в этой связи, меньшего использования ресурсов здравоохранения (Nolte et al., 2012b). Учитывая обсуждение в предыдущем разделе, достичь желаемого эффекта, возможно, не позволил дизайн программы, которая оказалась слишком узконаправленной, зависимой от клинической ситуации и нацеленной на группы, которые с меньшей вероятностью могли получить от нее пользу.

Оценка голландских групп первичной медико-санитарной помощи дополнительно иллюстрирует этот момент (Elissen et al., 2013b). Дело в том, что голландские руководства по ведению диабета 2-го типа (стандарт помощи) отводят пациентам центральную роль в собственном лечении, однако практика помощи при диабете остается крайне патерналистской. Так, в своем нынешнем формате группа оказания помощи мотивирует поставщиков предоставлять стандартные услуги на основе показателей эффективности, согласно национальному стандарту помощи при диабете (Nederlandse Diabetes Federatie, 2007). Эти показатели, контролируемые компаниями медицинского страхования, предписывают определенную интенсивность предоставления услуг, вне зависимости от состояния здоровья, демографического или социального статуса пациентов. Было показано, что при частом мониторинге сильнее всего улучшались клинические показатели у пациентов с плохо контролируемым диабетом, пациентов же в относительно хорошем состоянии можно было бы вести так же эффективно при меньшем участии врача, с акцентом на самопомощь. В связи с этим, по мнению авторов, возможен более индивидуальный подход к ведению заболеваний, при котором заранее учитывают индивидуальные характеристики пациентов при выборе алгоритма оказания помощи, включая поддержку самопомощи; в результате выигрывают относительно здоровые пациенты с диабетом, которые не нуждаются в интенсивном мониторинге (Elissen et al., 2012).

Вместе с тем, существует необходимость в инициативах по поддержке самопомощи у людей с хроническими состояниями в конкретном социальном и культурном контексте (Greenhalgh, 2009). У пациентов с хроническим заболеванием широкий спектр потребностей, требующих изменить поведение и участвовать в мероприятиях по повышению физического и психологического благополучия, взаимодействовать с поставщиками медицинских услуг и соблюдать режим лечения, следить за состоянием здоровья и принимать соответствующие решения по необходимой помощи, а также справляться с воздействием болезни на физическое, психологическое и социальное функционирование (Clark, 2003). Это значит, что любое вмешательство по поддержке самопомощи у людей с хроническими заболеваниями должно учи-

тывать их меняющиеся со временем потребности, особенно если эти люди нуждаются в комплексной помощи. Таким образом, повышение ответственности пациентов за собственное лечение может создать особые проблемы для тех, кто страдает несколькими заболеваниями, так как лечение одного заболевания может ухудшать течение другого. Например, пациенту с хроническим заболеванием дыхательных путей трудно выполнять физические упражнения, назначенные ему по поводу диабета (Bayliss et al., 2003). Кроме того, как мы говорили ранее, пациенты отличаются друг от друга по предпочтениям в отношении помощи и значению, которое они придают конечным показателям здоровья (Nolte & McKee, 2008a). Хотя способность пациентов разрабатывать индивидуальные планы лечения будет иметь решающее значение для действенной медицинской помощи, этого вряд ли достаточно, если не считать пациентов партнерами в процессе оказания помощи и не учитывать условий, в которых они принимают решения (Dubois, Singh & Jiwani, 2008).

Недоучет предпочтений пациентов может привести к неоптимальным результатам в целом инновационной модели предоставления услуг, которая направлена на улучшение помощи пациентам. Показательным примером служит национальная пилотная программа комплексной помощи в Англии, которая проводилась с 2009 по 2011 г., как описано в главе 3 (Nolte et al., 2015). По данным трехлетней оценки на шести из 16 пилотных участков интенсивного ведения случаев при риске неотложной госпитализации у пожилых людей, качество ухода за пациентами улучшилось с точки зрения персонала, а вот пациенты сочли, что стало сложнее обращаться к выбранному врачу или медсестре, и вовлеченность в принятие решений по собственному лечению снизилась (Roland et al., 2012). Трудно сказать, связано ли подобное впечатление с изменением порядка предоставления услуг как таковым, но это наблюдение подчеркивает необходимость консультаций с пациентами на тему их фактических потребностей, а также показывает, как структурировать новые модели оказания помощи для удобства пациентов и, следовательно, сделать их более успешными. При разработке политики следует в большей степени исходить из предпочтений пациентов, а не мнения специалистов.

Последнему моменту уделяется все больше внимания в рамках концепции «совместного дизайна на основе опыта», которая тестируется в инициативах по безопасности пациентов (Bate & Robert, 2006). Эта концепция выходит за рамки простых консультаций на базе представлений и впечатлений пользователей, собранных в фокус-группах, посредством опросов пациентов и других механизмов обратной связи. Вместо этого предполагается сотрудничество пользователей и специалистов по совместной разработке услуг на основе опыта пациентов (и специалистов) в течение всего процесса изменений. Эта концепция была протестирована при оказании помощи онкологическим пациентам (Tsianakas et al., 2012) и может быть полезна для совершенствования схем оказания помощи людям с хроническими заболеваниями.

4.2 Обеспечить (правовые) условия для внедрения инноваций

Ранее мы отмечали, что политический контекст разработки и предоставления услуг будет иметь решающее значение для продвижения инноваций (Nolte & McKee, 2008c). Одной из острых проблем, по нашему мнению, был поиск баланса между требованиями центральных органов и местной автономией в условиях данной страны. Например, создание строгой национальной законодательной базы по ведению заболеваний в Германии считали одновременно полезным для должной стандартизации программ ведения заболеваний и способным помешать дальнейшим улучшениям с учетом местных условий (Siering, 2008). Возможны проблемы с оценкой «нисходящих» (по инициативе сверху) в сравнении с «восходящими» (по инициативе снизу) подходами. Действующие субъекты на разных уровнях системы здравоохранения испытывают давление с разных сторон и имеют соответствующие приоритеты, не обязательно совместимые или даже противоречивые (Plochg & Klazinga, 2002). Организации испытывают особые трудности из-за противоречий между политикой реформаторов здравоохранения и традиционными методами предоставления услуг, что может отдалить политические намерения от фактической реализации (Ham, 2003). Рассматривая подобные проблемы в обзоре подходов к ведению хронических заболеваний, мы подчеркиваем необходимость создания политической среды, позволяющей реформаторам получить реальные возможности и компетенции, что имеет решающее значение для успеха (см. вставку 4.2).

Вставка 4.2 Сокращение расхождений между политическими намерениями и фактической реализацией: данные из проекта DISMEVAL

В рамках проекта DISMEVAL посредством интервью с ключевыми информантами из нескольких стран мы пытались подробнее изучить препятствия к успешному внедрению долгосрочной помощи и способы преодоления этих препятствий. Был выявлен ряд проблем, таких как осязаемая неспособность объединить минимизацию рисков и профилактику заболеваний во всем спектре услуг; сохраняющаяся разрозненность помощи, препятствующая улучшению координации; а также отсутствие структур, способных поддержать активное привлечение пациентов к участию в собственном лечении. Ключевые информанты дополнительно обсудили явное расхождение между намерениями усилить координацию и интеграцию на национальном уровне и способностью воплотить эти амбиции на практике на региональном или местном уровне.

Например, в Дании административная реформа 2007 г. привела к реорганизации регионов и муниципалитетов, передав муниципалитетам больше обязанностей по здравоохранению. В частности, реформа предусматривала внесение муниципалитетами 20% средств в финансирование здравоохранения, чтобы побудить их повысить объем профилактических услуг и, в конечном счете, сократить число госпитализаций. Вместе с тем отмечено, что у муниципалитетов нет целостной концепции того, как руководить выполнением новых задач и способствовать развитию компетенций в области здравоохранения. Возникли сомнения в жизнеспособности многих проектов и возможности их оценить:

[После административной реформы] муниципалитеты занимали центральное место в [решении] проблем сектора здравоохранения. Муниципалитеты [несут ответственность] за создание новых медицинских центров [...] [предназначенных для преодоления] препятствий к координации [...] [Однако] муниципалитеты не обладают компетенцией и зна

Вставка 4.2 *продолжение*

ниями в области здравоохранения. И в этой области отсутствует систематическое развитие; [...] это зависит от обучения на региональном уровне. [...] [Более того], регионы получили большую часть из [целевых] 600 миллионов датских крон. [...] В результате мы имеем множество различных проектов, и я не знаю, как они будут оценивать эти проекты и [...] внедрять лучшие из них. (Дания)

Французские участники также сообщали об отсутствии согласованности между намерениями усилить координацию и интеграцию на национальном уровне и способностью воплотить эти амбиции на практике на региональном или местном уровне. Например, реформа 2009 г. во Франции предусматривала обязательное обучение пациентов в рамках помощи при хронических заболеваниях. Однако это требование не было подкреплено достаточными ресурсами для реализации соответствующих инициатив на местах:

Выделение средств на обучение пациентов было ограниченным или целевым [...], средства обычно выделялись сроком на один год, а затем [когда этот год заканчивался], дальнейшее финансирование всегда было под вопросом. Закон теперь предусматривает обязательное обучение пациентов. Однако все еще не ясно, откуда будет поступать финансирование [...] Профессия медсестры в целом согласуется с [...] разработкой и внедрением программ обучения пациентов, при условии наличия денег, а в настоящий момент денег у них нет. (Франция)

Кроме того, цель создания в 2010 г. региональных органов здравоохранения заключалась в том, чтобы предоставление медико-санитарной помощи отвечало потребностям населения за счет улучшения координации между амбулаторным и стационарным обслуживанием, а также между службами здравоохранения и социальной помощи. Тем не менее, респонденты подчеркнули, что эта недавняя децентрализация по большей части привела к неясному распределению обязанностей, фрагментированному принятию решений и несогласованной помощи.

Источник: Knai et al. (в печати)

По большому счету, однако, важно прийти к пониманию того, следует ли рассматривать подходы к улучшению координации помощи лицам с хроническими заболеваниями как ряд вмешательств, которые, предположительно, должны быть экономически эффективными и способствовать финансовой устойчивости. В качестве альтернативы координацию и интеграцию помощи можно интерпретировать и оценивать как комплексную стратегию внедрения инноваций и осуществления долгосрочных изменений в способах предоставления услуг в секторах здравоохранения (и социальной помощи), которая включает в себя ряд изменений на нескольких уровнях. Представленные здесь и в других работах фактические данные четко указывают на последнее, а инициативы и стратегии, которые реализуются сейчас, потребуют постоянной оценки в течение долгого времени, что позволит определить их влияние как на экономику, так и на здоровье. Значит, нужны инвестиции в исследования наряду с инвестициями в разработку и реализацию инициатив по модификации услуг для того, чтобы разработки велись на основе оценок, особенно если мы хотим сделать соответствующие выводы об эффективности программы и применении ее результатов для обоснованного принятия решений.

ССЫЛКИ

Всемирная организация здравоохранения (2013). Глобальный план действий по профилактике НИЗ и борьбе с ними на 2013-2020 гг. Женева, Всемирная организация здравоохранения.

Организация Объединенных Наций, Генеральная Ассамблея (2011). Профилактика неинфекционных заболеваний и борьба с ними (http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/66/83&referer=/english/&Lang=R, по состоянию на 20 марта 2018 г.).

Adams SG et al. (2007). Systematic review of the chronic care model in chronic obstructive pulmonary disease prevention and management. *Archives of Internal Medicine*, 167(6):551–561.

Althaus F et al. (2011). Effectiveness of interventions targeting frequent users of emergency departments: a systematic review. *Annals of Emergency Medicine* 58(1):41–52.e42.

Amelung V, Hildebrandt H, Wolf S (2012). Integrated care in Germany-a stony but necessary road! *International Journal of Integrated Care* 12:e16.

Archer J et al. (2012). Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD006525.

Aspin C et al. (2010). Health policy responses to rising rates of multi-morbid chronic illness in Australia and New Zealand. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 34(4):386–393.

Barnett K et al. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*, 380(9836):37–43.

Bate P, Robert G (2006). Experience-based design: from redesigning the system around the patient to co-designing services with the patient. *Quality and Safety in Health Care*, 15(5):307–310.

Bayliss EA et al. (2003). Descriptions of barriers to self-care by persons with comorbid chronic diseases. *Annals of Family Medicine*, 1(1):15–21.

Bodenheimer T (1999). Disease management - promises and pitfalls. *New England Journal of Medicine*, 340(15):1202–1205.

Brink-Huis A, van Achterberg T, Schoonhoven L (2008). Pain management: a review of organisation models with integrated processes for the management of pain in adult cancer patients. *Journal of Clinical Nursing*, 17(15):1986–2000.

Busse R, Mays N (2008). Paying for chronic disease care. In: Nolte E, McKee M, eds. *Caring for people with chronic conditions: a health system perspective*. Maidenhead, Open University Press:195–221.

Busse R, 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.

Campbell H et al. (1998). Integrated care pathways. *BMJ*, 316(7125):133–137.

Chevreur K et al. (2015). France. In: Nolte E, Knai C, eds. *Assessing chronic disease management in European health systems. Country reports*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies>).

- Chiu WK, Newcomer R (2007). A systematic review of nurse-assisted case management to improve hospital discharge transition outcomes for the elderly. *Professional Case Management*, 12(6):330–336.
- Clark NM (2003). Management of chronic disease by patients. *Annual Review of Public Health*, 24:289–313.
- Coleman K et al. (2009). Untangling practice redesign from disease management: how do we best care for the chronically ill? *Annual Review of Public Health*, 30:385–408.
- Coulter A (2006). *The quality enhancing interventions project: patient-focused interventions*. London, Health Foundation.
- Council of the European Union (2013). *Reflection process: innovative approaches for chronic diseases in public health and healthcare systems*. Brussels, Council of the European Union.
- Craig P et al. (2008). *Developing and evaluating complex interventions: new guidance*. London, Medical Research Council.
- Curry N, Ham C (2011). *Clinical and service integration: the route to improved outcomes*. London, King's Fund.
- Danaei G et al. (2013). The global cardiovascular risk transition: associations of four metabolic risk factors with national income, urbanization, and Western diet in 1980 and 2008. *Circulation*, 127(14):1493–1502.
- de Bruin SR et al. (2011). Impact of disease management programs on health-care expenditures for patients with diabetes, depression, heart failure or chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review of the literature. *Health Policy*, 101(2):105–121.
- Department of Health (2004). *Chronic disease management: a compendium of information*. London, Department of Health.
- Dieterich A (2007). The modern patient – threat or promise? Physicians' perspectives on patients' changing attributes. *Patient Education and Counseling*, 67(3):279–285.
- Drewes H et al. (2012). The effectiveness of chronic care management for heart failure: meta-regression analyses to explain the heterogeneity in outcomes. *Health Services Research*, 47(5):1926–1959.
- Dubois C-A, Singh D, Jiwani I (2008). The human resource challenge in chronic care. In: Nolte E, McKee M, eds. *Caring for people with chronic conditions: a health system perspective*. Maidenhead, Open University Press:143–171.
- Egginton J et al. (2012). Care management for type 2 diabetes in the United States: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research*, 12:72.
- Elissen A et al. (2013a). Advancing current approaches to disease management evaluation: capitalizing on heterogeneity to understand what works and for whom. *BMC Medical Research Methodology*, 13:40.
- Elissen A et al. (2013b). Is Europe putting theory into practice? A qualitative study of the level of self-management support in chronic care management approaches. *BMC Health Services Research*, 13:117.
- Elissen A et al. (2015). The Netherlands. In: Nolte E, Knai C, eds. *Assessing chronic disease management in European health systems. Country reports*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies>).

Elissen AM et al. (2012). Toward tailored disease management for type 2 diabetes. *American Journal of Managed Care*, 18(10):619–630.

Ellrodt G et al. (1997). Evidence-based disease management. *JAMA*, 278:1687–1692.

Epstein RS, Sherwood LM (1996). From outcomes research to disease management: a guide for the perplexed. *Annals of Internal Medicine*, 124(9):832–837.

Erlor A, Fullerton B, Nolte E (2015). Germany. In: Nolte E, Knai C, eds. *Assessing chronic disease management in European health systems. Country reports*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies>).

Ettelt S, Nolte E (2010). *Funding intensive care: approaches in systems using diagnosis-related groups*. Santa Monica, CA, Rand Corporation.

Ettelt S et al. (2008). *Decision-making in health care: roles and responsibilities at local, regional and national level*. London, London School of Hygiene & Tropical Medicine.

Finucane MM et al. (2011). National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants. *Lancet*, 377(9765):557–567.

Flamm M, Panisch S, Sönnichsen A (2012). Evaluation of disease management in Austria. In: Nolte E, Hinrichs S, eds. *DISMEVAL: developing and validating disease management evaluation methods for European healthcare systems: final report*. Santa Monica, CA, RAND.

Foster G et al. (2007). Self-management education programmes by lay leaders for people with chronic conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD005108.

Franek J (2013). Self-management support interventions for persons with chronic disease: an evidence-based analysis. *Ontario Health Technology Assessment Series*, 13(9):1–60.

Frølich A, Jacobsen R, Knai C (2015). Denmark. In: Nolte E, Knai C, eds. *Assessing chronic disease management in European health systems. Country reports*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies>).

Fullerton B, Nolte E, Erlor A (2011). The quality of chronic care in Germany [in German]. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 105(8):554–562.

Gaal P et al. (2015). Hungary. In: Nolte E, Knai C, eds. *Assessing chronic disease management in European health systems. Country reports*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies>).

Geyman JP (2007). Disease management: panacea, another false hope, or something in between? *Annals of Family Medicine*, 5(3):257–260.

Gilbody S, Bower P, Whitty P (2006). Costs and consequences of enhanced primary care for depression: systematic review of randomised economic evaluations. *British Journal of Psychiatry*, 189:297–308.

- Glasby J, Dickinson H, Peck E (2006). Guest editorial: partnership working in health and social care. *Health & Social Care in the Community*, 14(5):373–374.
- Glasgow N et al. (2008). Australia. In: Nolte E, Knai C, McKee M, eds. *Managing chronic conditions: experience in eight countries*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies:131–160.
- Göhler A et al. (2006). A systematic meta-analysis of the efficacy and heterogeneity of disease management programs in congestive heart failure. *Journal of Cardiac Failure*, 12(7):554–567.
- Gonseth J et al. (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. *European Heart Journal*, 25(18):1570–1595.
- Goodwin N (2013). How do you build programmes of integrated care? The need to broaden our conceptual and empirical understanding. *International Journal of Integrated Care*, 13:e040.
- Greenhalgh T (2009). Patient and public involvement in chronic illness: beyond the expert patient. *BMJ*, 338:b49.
- Greenhalgh T et al. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Quarterly*, 82(4):581–629.
- Gröne O, Garcia-Barbero M (2001). Integrated care: a position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services. *International Journal of Integrated Care*, 1:e21.
- Grumbach K (2003). Chronic illness, comorbidities, and the need for medical generalism. *Annals of Family Medicine*, 1(1):4-7.
- Ham C (2003). Improving the performance of health services: the role of clinical leadership. *Lancet*, 361(9373):1978-1980.
- Hildebrandt H, Schulte T, Stunder B (2013). Triple aim in Kinzigtal, Germany: improving population health, integrating health care and reducing costs of care – lessons for the UK? *Journal of Integrated Care*, 20(4):205–222.
- Hildebrandt H et al. (2010). Gesundes Kinzigtal Integrated Care: improving population health by a shared health gain approach and a shared savings contract. *International Journal of Integrated Care*, 10:e046.
- Hofmarcher MM, Rack HM (2006). Austria: health system review. *Health Systems in Transition*, 8(3):1–247.
- Holman H, Lorig K (2000). Patients as partners in managing chronic disease. Partnership is a prerequisite for effective and efficient health care. *BMJ*, 320(7234):526–527.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (2013a). Global burden of disease cause patterns <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/patterns>, по состоянию на 20 марта 2018 г.).
- Institute for Health Metrics and Evaluation (2013b). Global burden of disease: country profiles (<http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/country-profiles#g>, по состоянию на 20 марта 2018 г.).
- Jacob V et al. (2012). Economics of collaborative care for management of depressive disorders: a community guide systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 42(5):539–549.
- Johansson T et al. (2014). Can a peer support intervention improve type 2 diabetes outcomes? *Diabetes Voice*, 59:60–63.

- Klein-Lankhorst E, Spreeuwenberg C (2008). The Netherlands. In: Knai C, Nolte E, McKee M, eds. *Managing chronic conditions: experience in eight countries*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies:97-114.
- Knai C et al. (2013). Reported barriers to evaluation in chronic care: experiences in six European countries. *Health Policy*, 110(2–3):220–228.
- Knai C et al. (in press). The underlying challenges of coordination of chronic care across Europe. *International Journal of Care Coordination*.
- Knight K et al. (2005). A systematic review of diabetes disease management programs. *American Journal of Managed Care*, 11(4):242-250.
- Kodner DL, Spreeuwenberg C (2002). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications—a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, 2:e12.
- Kroon FP et al. (2014). Self-management education programmes for osteoarthritis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD008963.
- Krumholz HM et al. (2006). A taxonomy for disease management: a scientific statement from the American Heart Association Disease Management Taxonomy Writing Group. *Circulation*, 114(13):1432-1445.
- Lai T, Knai C (2015). Estonia. In: Knai C, Nolte E, eds. *Assessing chronic disease management in European health systems. Country reports*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies>).
- Lai T, Knai C, Taube M (2015). Latvia. In: Knai C, Nolte E, eds. *Assessing chronic disease management in European health systems. Country reports*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies>).
- Lai T et al. (2015). Lithuania. In: Knai C, Nolte E, eds. *Assessing chronic disease management in European health systems. Country reports*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies>).
- Langhorne P et al. (2005). Early supported discharge services for stroke patients: a meta-analysis of individual patients' data. *Lancet*, 365(9458):501-506.
- Lemmens K, Nieboer AP, Huijsman R (2009). A systematic review of integrated use of disease-management interventions in asthma and COPD. *Respiratory Medicine*, 103(5):670–691.
- Leutz WN (1999). Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Quarterly*, 77(1): 77-110.
- Maciejewski ML, Chen SY, Au DH (2009). Adult asthma disease management: an analysis of studies, approaches, outcomes, and methods. *Respiratory Care*, 54(7):878–886.
- Nederlandse Diabetes Federatie (2007). *NDF Zorgstandaard. Transparantie en kwaliteit van diabeteszorg voor mensen met diabetes type 2*.
- Neumeyer-Gromen A et al. (2004). Disease management programs for depression: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Medical Care*, 42(12):1211–1221.
- Nies H, Berman PC (eds.) (2004). *Integrating services for older people: a resource book for managers*. Dublin, European Health Management Association.

- Nolte E (in press). Disease management. In: Busse R, Klazinga N, Røttingen J-A, eds. Improving quality in European health system: a comprehensive framework approach. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Nolte E, Hinrichs S, eds. (2012). DISMEVAL: developing and validating disease management evaluation methods for European healthcare systems: final report. Santa Monica, CA, Rand Corporation.
- Nolte E, Knai C, eds. (2015). Assessing chronic disease management in European health systems. Country reports. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Nolte E, McKee M, eds. (2008a). Caring for people with chronic conditions: a health system perspective. Maidenhead, Open University Press.
- Nolte E, McKee M (2008b). Integration and chronic care: a review. In: Nolte E, McKee M, eds. Caring for people with chronic conditions: a health system perspective. Maidenhead, Open University Press:64-91.
- Nolte E, McKee M (2008c). Making it happen. In: Nolte E, McKee M, eds. Caring for people with chronic conditions: a health system perspective. Maidenhead, Open University Press:222-244.
- Nolte E, Pitchforth E (2014). What is the evidence on the economic impacts of integrated care? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Nolte E, Knai C, McKee M, eds. (2008). Managing chronic conditions: experience in eight countries. Copenhagen, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Nolte E, McKee M, Knai C (2008). Managing chronic conditions: an introduction to the experience in eight countries. In: Nolte E, Knai C, McKee M, eds. Managing chronic conditions: experience in eight countries. Copenhagen, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies:1-14.
- Nolte E et al. (2012a). Overcoming fragmentation in healthcare: chronic care in Austria, Germany and the Netherlands. *Health Economics, Policy, and Law*, 7(1):125-146.
- Nolte E et al. (2012b). Evaluating chronic disease management: recommendations for funders and users. Santa Monica, CA, Rand Corporation.
- Nolte E et al. (2015). England. In: Knai C, Nolte E, eds. Assessing chronic disease management in European health systems. Country reports. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies>).
- Novotny T (2008). Preventing chronic disease: everybody's business. In: Nolte E, McKee M, eds. Caring for people with chronic conditions: a health system perspective. Maidenhead, Open University Press:92-115.
- Oeseburg B et al. (2009). Effects of case management for frail older people or those with chronic illness: a systematic review. *Nursing Research*, 58(3):201-210.
- Ofman J et al. (2004). Does disease management improve clinical and economic outcomes in patients with chronic diseases? A systematic review. *American Journal of Medicine*, 117(3):182-192.

Ouwens M et al. (2005). Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. *International Journal for Quality in Health Care*, 17(2):141–146.

Øvretveit J (1998). *Integrated care: models and issues*. Goteborg, Nordic School of Public Health.

Øvretveit J (2009). *Does improving quality save money? A review of evidence of which improvements to quality reduce costs to health service providers*. London, Health Foundation.

Peytremann-Bridevaux I et al. (2008). Effectiveness of chronic obstructive pulmonary disease-management programs: systematic review and meta-analysis. *American Journal of Medicine*, 121(5):433-443.

Peytremann-Bridevaux I et al. (2015). Switzerland. In: Nolte E, Knai C, eds. *Assessing chronic disease management in European health systems. Country reports*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies>).

Phillips CO et al. (2004). Comprehensive discharge planning with postdischarge support for older patients with congestive heart failure: a meta-analysis. *JAMA*, 291(11):1358–1367.

Piette J, Richardson C, Valenstein M (2004). Addressing the needs of patients with multiple chronic illnesses: the case of diabetes and depression. *American Journal of Managed Care*, 10(2 Pt 2):152–162.

Pimouguet C et al. (2010). Dementia case management effectiveness on health care costs and resource utilization: a systematic review of randomized controlled trials. *Journal of Nutrition, Health & Aging*, 14(8):669–676.

Pimouguet C et al. (2011). Effectiveness of disease-management programs for improving diabetes care: a meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*, 183(2):E115–127.

Plochg T, Klazinga N (2002). Community-based integrated care: myth or must? *International Journal for Quality in Health Care*, 14(2):91-101.

Pomerleau J, Knai C, Nolte E (2008). The burden of chronic disease in Europe. In: Nolte E, McKee M, eds. *Caring for people with chronic conditions: a health system perspective*. Maidenhead, Open University Press:15-42.

Population Health Alliance (2014). PHM glossary: D. Disease management. (<http://www.populationhealthalliance.org/research/phm-glossary/d.html>, по состоянию на 20 марта 2018).

Powell Davies G et al. (2008). Coordinating primary health care: an analysis of the outcomes of a systematic review. *Medical Journal of Australia*, 188(8 Suppl):S65–68.

Ricciardi W et al. (2015). Italy. In: Nolte E, Knai C, eds. *Assessing chronic disease management in European health systems. Country reports*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies>).

Rijken M et al. (2008). Supporting self-management. In: Nolte E, McKee M, eds. *Caring for people with chronic conditions: a health system perspective*. Maidenhead, Open University Press:116-142.

Rijken M et al. (2014). Chronic Disease Management Programmes: an adequate response to patients' needs? *Health Expectations*, 17(5):608–621.

- Roccaforte R et al. (2005). Effectiveness of comprehensive disease management programmes in improving clinical outcomes in heart failure patients. A meta-analysis. *European Journal of Heart Failure*, 7(7):1133–1144.
- Roland M et al. (2012). Case management for at-risk elderly patients in the English integrated care pilots: observational study of staff and patient experience and secondary care utilisation. *International Journal of Integrated Care*, 12:e130.
- Rothman AA, Wagner EH (2003). Chronic illness management: what is the role of primary care? *Annals of Internal Medicine*, 138(3):256-261.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012). Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Bonn, Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.
- Savard LA, Thompson DR, Clark AM (2011). A meta-review of evidence on heart failure disease management programs: the challenges of describing and synthesizing evidence on complex interventions. *Trials*, 12:194.
- Schoen C et al. (2007). Toward higher-performance health systems: adults' health care experiences in seven countries. *Health Affairs*, 26:w717–734.
- Shepperd S et al. (2008). Admission avoidance hospital at home. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD007491.
- Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA (1994). The new world of managed care: creating organized delivery systems. *Health Affairs*, 13(5):46–64.
- Siering U (2008). Germany. In: Knai C, Nolte E, McKee M, eds. *Managing chronic conditions: experience in eight countries*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies:75-96.
- Simoens S et al. (2011). Review of the cost-effectiveness of interventions to improve seamless care focusing on medication. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 33(6):909–917.
- Smith L, Newton R (2007). Systematic review of case management. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(1):2–9.
- Smith SM et al. (2012). Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD006560.
- Sönnichsen A, Flamm M, Nolte E (2015). Austria. In: Knai C, Nolte E, eds. *Assessing chronic disease management in European health systems. Country reports*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies>).
- Steffen S et al. (2009). Discharge planning in mental health care: a systematic review of the recent literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120(1):1–9.
- Steuten L et al. (2009). Identifying potentially cost effective chronic care programs for people with COPD. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 4:87–100.
- Suhrcke M, Fahey D, McKee M (2008). Economic aspects of chronic disease and chronic disease management. In: Nolte E, McKee M, eds. *Caring for people with chronic conditions: a health system perspective*. Maidenhead, Open University Press:43-63.
- Suhrcke M et al. (2006). *Chronic disease: an economic perspective*. London, Oxford Health Alliance.

- Takeda A et al. (2012). Clinical service organisation for heart failure. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD002752.
- Tappenden P et al. (2012). The clinical effectiveness and cost-effectiveness of home-based, nurse-led health promotion for older people: a systematic review. *Health Technology Assessment*, 16(20):1–72.
- Thomson S, Foubister T, Mossialos E (2009). Financing health care in the European Union: challenges and policy responses. Copenhagen, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Thota AB et al. (2012). Collaborative care to improve the management of depressive disorders: a community guide systematic review and meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine*, 42(5):525-538.
- TNS Opinion & Social (2007). Health in the European Union. Special Eurobarometer 272e. Brussels, European Commission.
- Tsai AC et al. (2005). A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illness. *American Journal of Managed Care*, 11(8):478-488.
- Tsianakas V et al. (2012). Implementing patient-centred cancer care: using experience-based co-design to improve patient experience in breast and lung cancer services. *Support Care Cancer*, 20(11):2639–2647.
- Unwin N, Epping Jordan J, Bonita R (2004). Rethinking the terms non-communicable disease and chronic disease. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58(9):801.
- Van Cleave J, Gortmaker SL, Perrin JM (2010). Dynamics of obesity and chronic health conditions among children and youth. *JAMA*, 303(7):623-630.
- van Steenberghe-Weijenburg KM et al. (2010). Cost-effectiveness of collaborative care for the treatment of major depressive disorder in primary care. A systematic review. *BMC Health Services Research*, 10:19.
- Wagner EH (1998). Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*, 1(1):2–4.
- Wagner EH et al. (1999). A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature? *Managed Care Quarterly*, 7(3):56–66.
- Wong FK, Chung LC (2006). Establishing a definition for a nurse-led clinic: structure, process, and outcome. *Journal of Advanced Nursing*, 53(3):358–369.
- World Health Organization (2014). Global health expenditure database: NHA indicators and tables (<http://apps.who.int/nha/database>, по состоянию на 20 марта 2018 г.).
- Yach D et al. (2004). The global burden of chronic diseases: overcoming impediments to prevention and control. *JAMA*, 291(21):2616-2622.

Растущее бремя хронических заболеваний, в частности быстрое увеличение числа людей с множественной патологией, – сложная проблема для систем здравоохранения во всех странах мира. Связанные с этим преждевременная смертность и сниженное физическое функционирование, а также повышенный спрос на услуги здравоохранения и сопряженные с этим расходы – лишь некоторые из основных причин для беспокойства у лиц, принимающих решения, и специалистов практического звена.

Назрела явная необходимость переформатировать системы медико-санитарной помощи для более полного удовлетворения потребностей при хронических заболеваниях, что предполагает переход от традиционной модели оказания помощи при острых и эпизодических проблемах со здоровьем к модели, позволяющей лучше координировать работу специалистов и учреждений при активном участии самих получателей услуг и лиц, ухаживающих за ними. Многие страны уже начали работать в этом направлении, однако испытывают трудности с выбором наилучшего из возможных подходов: модели оказания помощи сильно зависят от местных условий, а научных оценок эффективности таких подходов пока нет.

Оценка ведения хронических заболеваний в европейских системах здравоохранения рассматривает ряд ключевых вопросов – от интерпретации имеющейся базы фактических данных до оценки политического контекста и подходов к ведению хронических больных в Европе. По данным из 12 подробных отчетов о ситуации в странах (см. второй том в интернете), авторы исследования представляют глубокий анализ целого ряда моделей оказания помощи и функций вовлеченного в этот процесс персонала, механизмов оплаты и доступа пользователей к услугам, а также трудностей, которые страны вынуждены преодолевать в процессе внедрения и оценки этих новых подходов.

В основу этой книги легли выводы проекта DISMEVAL (Разработка и подтверждение эффективности методов оценки ведения больных в европейских системах здравоохранения), осуществляемого под руководством исследовательского института RAND Europe и финансируемого за счет средств Седьмой рамочной программы (FP7) Европейского союза (Соглашение № 223277).

Редакторы

Ellen Nolte, координатор офисов Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.

Cécile Knai, старший преподаватель, Лондонская школа гигиены и тропической медицины.

Richard B. Saltman, профессор, специалист по политике и управлению в области здравоохранения, Школа общественного здравоохранения имени Роллинса, Университет Эмори, Атланта, шт. Джорджия, США. Научный руководитель по вопросам политики в области научных исследований Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.

Серия Исследования Обсерватории
№ 37

www.healthobservatory.eu

