



Европейская министерская конференция
933 по системам здравоохранения
„СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ-
ЗДОРОВЬЕ- БЛАГОСОСТОЯНИЕ“
Таллинн, Эстония, 25–27 июня 2008 г.

АНАЛИЗ СИСТЕМ И ПОЛИТИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

КРАТКИЙ АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР

Как в программах по ведению хронических болезней можно задействовать широкий спектр условий оказания помощи и поставщиков услуг?

Debbie Singh



КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

CHRONIC DISEASE -
prevention and control

DISEASE MANAGEMENT

DELIVERY OF HEALTH CARE -
organization and
administration

HEALTH POLICY

EUROPE

Данный обзор, подготовленный для Европейской министерской конференции по системам здравоохранения (25–27 июня 2008 г., Таллинн, Эстония) – один из первых обзоров новой серии, призванной удовлетворить потребности лиц, определяющих политику, и организаторов здравоохранения. Его главная задача заключается в изложении и развитии ключевых концепций в поддержку процесса формирования политики на основе фактических данных. Редакторы – в активном сотрудничестве с авторами – продолжают работу по усилению данной серии, в частности путем повышения внимания к вопросам, связанным с выбором тех или иных стратегических подходов и их реализацией.

© Всемирная организация здравоохранения, 2008 г., и Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2008 г.

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

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

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-овом режиме на сайте Регионального бюро:

<http://www.euro.who.int/pubrequest?language=Russian>.

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

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

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

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

Содержание

	Стр.
Основные положения	
Реферат	
Краткий аналитический обзор	
Вопрос политики	1
Хроническая болезнь – что это такое?	1
Что означает "ведение хронического заболевания"?	4
Подходы к стратегиям по осуществлению вмешательств	5
Внедрение преобразований	16
Резюме	21
Библиография	22

Автор

Debbie Singh, Health Services Management Centre, University of Birmingham, Соединенное Королевство

Под редакцией
Европейского
регионального бюро
ВОЗ и Европейской
обсерватории по
системам и политике
здравоохранения

Главный редактор
Govin Permanand

Соредакторы
Josep Figueras
John Lavis
David McDaid
Elias Mossialos

Ответственные за выпуск
Kate Willows
Jonathan North

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

Основные положения

- От хронических болезней страдает население всех стран, и рост их распространенности в основном связан с демографическими изменениями, увеличением продолжительности жизни, изменением образа жизни, совершенствованием профилактики и лечения хронических болезней, а также более глубоким пониманием факторов, которые вызывают ухудшение здоровья и развитие болезни.
- В Европейском регионе ВОЗ в 86% случаев причиной смерти является хроническое заболевание. Учитывая, что на эти заболевания приходится 50-80% всех расходов на здравоохранение в мире, системы здравоохранения, которые следуют современной практике ведения хронических болезней, не могут, как прежде, позволить себе оказание непрерывной помощи растущему числу людей, страдающих хроническими заболеваниями.
- Ведение хронических болезней заключается в системном подходе к осуществлению скоординированных мероприятий здравоохранения на нескольких уровнях (индивидуальном, организационном, местном и национальном), и имеются веские доказательства того, что подобная координация, охватывающая широкий спектр условий предоставления помощи и поставщиков услуг, более эффективна, чем отдельные или несогласованные меры.
- Подходы к осуществлению политики в отношении хронических болезней могут быть разными, но в целом их можно подразделить на индивидуальный, ориентированный на системы предоставления медицинских услуг и общесистемный. В странах Европейского региона мероприятия в основном сосредоточены на определенных заболеваниях, а не на детерминантах их развития, и часто недостаточно согласованы.
- Такие мероприятия, как ранжирование людей в соответствии с их риском, использование многопрофильных бригад специалистов и поддержка самоконтроля болезни, обладают достаточным потенциалом, но только в том случае, если проводимая политика, имеющиеся структуры, а также финансовые и другие стимулы способствуют совместной работе.
- Не существует "правильного" подхода к ведению хронических болезней. Полученные на глобальном уровне фактические данные свидетельствуют о том, что для успешной политики лица, ответственные за ее формирование, должны рассмотреть следующие вопросы:
 - необходимость сильного лидерства и четкой концепции на национальном, региональном или организационном уровне;

- обеспечение сбора надежных данных и их распространения между всеми заинтересованными лицами;
 - предоставление помощи в соответствии с потребностями людей, и наличие возможностей для выявления лиц с различным уровнем потребностей;
 - воздействие на основные факторы риска, включая развертывание широких инициатив по профилактике заболеваний;
 - поддержка самоконтроля болезни и повышение прав и возможностей людей с хроническими заболеваниями; и
 - привлечение широкого круга заинтересованных сторон, таких как отдельные лица, добровольные и общественные организации, медицинские специалисты, службы государственного и частного сектора.
-

Реферат

Вопрос политики

В результате улучшения качества медико-санитарной помощи, изменения образа жизни и демографических изменений все больше людей живут дольше, часто страдая хроническими заболеваниями, которые нельзя вылечить. Успехи здравоохранения, благодаря которым увеличивается продолжительность жизни, можно только приветствовать, но при этом системы оказания медико-санитарной помощи не в состоянии справиться с повышающимся уровнем заболеваемости и увеличивающимися расходами на ведение хронических болезней. В целом, в странах с низким, средним и высоким уровнем доходов затраты на хронические заболевания составляют 50-80% от всех средств, отпускаемых на здравоохранение. Если не предпринимать никаких мер, эти расходы будут расти и дальше, поскольку по-прежнему широко распространены такие факторы риска, как курение, нездоровое питание и отсутствие физической активности.

В 53 государствах-членах Европейского региона ВОЗ в 86% случаев причиной смерти является хроническое заболевание. Страны должны разработать и внедрить мероприятия по снижению социальных, медицинских и финансовых последствий хронических болезней. Однако когда эти мероприятия проводятся изолированно друг от друга, они могут иметь ограниченный долгосрочный эффект, особенно если учитывать необходимость решения проблемы неравенства в отношении здоровья, а также сложности распространения инициатив в многообразных условиях Региона.

Ведение хронических болезней требует системного подхода, позволяющего координировать мероприятия в области здравоохранения и осуществлять коммуникации на индивидуальном, организационном, региональном или национальном уровне. Фактические данные подтверждают, что согласованный подход является более эффективным, чем отдельные, не связанные между собой вмешательства, однако остается неясным, какие стратегии лучше всего подходят для интегрированных мероприятий, охватывающих различных поставщиков услуг, регионы и системы финансирования.

Возможные стратегические подходы

Есть несколько подходов к осуществлению мероприятий в области политики, направленных на координацию действий по ведению заболеваний, в том числе целенаправленное использование различных методов:

- на индивидуальном уровне;
- на уровне систем медицинского обслуживания или их компонентов;
- на общесистемном или популяционном уровне.

Инициативы, ориентированные на индивидуумов и основанные, например, на теории поведенческой психологии или простом ведении случая, дают краткосрочный клинический эффект и могут быть направлены на людей, которые в данный момент тяжело больны. Однако если политика сфокусирована на отдельных людях, трудно осуществить интеграцию мер по профилактике и лечению при различных системах финансирования и в различных условиях оказания помощи.

В основе похода, ориентированного на систему предоставления помощи (примером может служить разработанная впервые в США модель помощи при хронических болезнях), лежит использование информационных систем, придание новых ролей персоналу, изменение организационной структуры и просвещение по вопросам самоконтроля для определения и осуществления важных компонентов помощи. Фактические данные показывают, что такой подход может уменьшать вероятность излишнего использования медицинских услуг и улучшать конечные результаты в отношении здоровья, однако внедрение таких программ может требовать очень больших средств, а их эффективность варьироваться в зависимости от имеющихся ресурсов, мотивации и стимулирования.

Общесистемный подход строится на методах, использующихся в отношении систем предоставления помощи, но в большей степени сосредоточен на политике, структурах и общественных ресурсах, необходимых для долгосрочных изменений. Часто особое внимание уделяется профилактике заболеваний и укреплению здоровья, а цель состоит в том, чтобы действия осуществлялись в рамках страховых программ (и программ льгот для персонала) с участием соответствующих учреждений и поставщиков услуг. Существует не слишком много примеров такого подхода, получивших всестороннюю оценку, однако ВОЗ и Европейская стратегия предупреждения и контроля неинфекционных болезней поддерживает общесистемный превентивный подход.

Эти подходы не исключают друг друга и могут использоваться одновременно для создания стратегии, подходящей для уникальных обстоятельств в разных контекстах.

Внедрение преобразований

Много разных подходов использовалось для координации действий по ведению хронических болезней. Их можно дифференцировать по уровню ответственности (правительство, профессиональные организации или коммерческие структуры), уровню интеграции (изолированный или с участием многих учреждений и поставщиков услуг), финансированию (из государственного бюджета, частное и частичная оплата), методам (регулирование, стратификация риска, ведение случая болезни, поддержка

принятия решений и поддержка самоконтроля заболевания) и целевой аудитории (все население, пользователи услуг, профессионалы, учреждения и правительства).

Не существует единого "правильного" подхода, который можно было бы успешно применять во всех 53 странах Европейского региона. Приведенный здесь обзор данных литературы позволяет предположить, что необходимо для эффективного осуществления мероприятий в различных условиях. Это обеспечение сильного руководства на национальном, региональном и учрежденческом уровне; обеспечение сбора надежной информации и обмена данными между всеми заинтересованными сторонами; предоставление помощи с учетом потребностей людей и способность идентифицировать людей с различным уровнем потребностей; воздействие на основные факторы риска, включая широкомасштабные инициативы по профилактике; поддержка самоконтроля болезни; и вовлечение широкого круга заинтересованных сторон, в том числе отдельных лиц, добровольные и общественные организации, службы частного и государственного сектора.

Вероятно, самое важное, что фактические данные указывают на то, что ведение хронических болезней не будет осуществляться в плановом порядке в различных условиях, если у всех заинтересованных сторон не появятся стимулы для содействия внедрению мероприятий по профилактике и лечению этих болезней. Имеются веские доказательства того, какие действия наиболее эффективны для контроля и достижения минимального уровня хронических болезней – и это не зависит от размера страны. Таким образом, задача разработчиков политики состоит в том, чтобы наилучшим образом обеспечить реализацию тех мероприятий, которые "работают" в условиях их страны. Они должны определить, кто является основными заинтересованными сторонами, какие стимулы необходимы для мотивации их действий по осуществлению широких профилактических мероприятий и скоординированной медицинской помощи, а затем создать системы, обеспечивающие эти стимулы.

Краткий аналитический обзор

Вопрос политики

Достижения в области охраны здоровья и новых технологий означают, что люди живут дольше и иногда выживают при болезнях, которые раньше были смертельными. Эти достижения вместе с изменениями образа жизни привели к тому, что повысился уровень заболеваемости хроническими болезнями. Примерно в 86% причиной смерти в Европейском регионе являются хронические болезни, поглощающие около трех четвертей бюджета здравоохранения (1). Мероприятия по ведению хронических болезней являются важным приоритетом для всех стран, которые хотят повысить качество жизни и уменьшить бремя, которое ложится на системы здравоохранения.

Существует достаточно много фактов относительно эффективности тех или иных мероприятий по снижению бремени хронических болезней, однако меньше известно о том, какая политика необходима для обеспечения того, чтобы эти мероприятия разрабатывались и осуществлялись последовательно и в разных условиях (2). Каждая страна или регион имеет разные потребности, и, следовательно, ни один из вариантов политики не может подходить или быть целесообразным для всех систем и контекстов. В этом кратком аналитическом обзоре, основанном на обзоре представленных в литературе данных научных исследований, рассмотрены различные варианты политики и изучены услуги, предоставляемые в различных ситуациях; обобщены основные выводы о том, как программы по ведению хронических болезней могут быть реализованы в различных условиях, различными организациями и при разном уровне финансирования. Цель освещения наиболее успешных компонентов стратегий по ведению хронических болезней состоит в том, чтобы суммировать основные факторы успеха; это позволит разработчикам политики определить, какие из них и в какой степени задействованы в настоящее время в их странах, или каким образом они могут им следовать.

Хроническая болезнь – что это такое?

ВОЗ определяет хроническую болезнь как "длительное заболевание, как правило, медленно прогрессирующее" (3), а Центры по предупреждению и контролю заболеваний (CDC) США дают следующее определение: "...заболевание, которое не вылечивается сразу после того, как оно развивается ... считается хроническим ... Кроме того, другие состояния, длительностью 3 месяца или более следует рассматривать как хронические" (4). Самые распространенные хронические болезни в Европейском регионе – заболевания сердца, инсульт, рак, заболевания органов дыхания, диабет

и психические расстройства (1). В этом аналитическом обзоре рак рассматривается как хроническое заболевание, так как ВОЗ включила его в свои прогнозы и экономические расчеты. Однако она признает, что это заболевание развивается по альтернативному пути и что в связи с этим некоторые предложенные варианты политики в отношении рака являются не столь актуальными.

Лабораторные, клинические и популяционные исследования подтверждают, что несколько факторов риска ответственны за большинство хронических заболеваний: неправильное питание и потребление высококалорийных продуктов, недостаток физической активности и курение. Алкоголь, вещества, загрязняющие окружающую среду, возраст и наследственность также играют роль. Эти факторы риска одинаковы для мужчин и женщин и для всех регионов (5).

Борьба с хроническими болезнями – одна из наиболее сложных задач, стоящих перед системами здравоохранения. Многие люди с хроническими болезнями могут жить долго, но при этом они нуждаются в постоянной помощи и уходе. Широко распространены такие факторы риска, как ожирение, курение, и отсутствие физических упражнений, поэтому без существенных и постоянных вмешательств на уровне политики показатели заболеваемости и смертности в результате хронических болезней будут продолжать расти. Хронические болезни поражают богатых и бедных, молодых и старых,

Рис. 1. Ведущие причины хронических болезней по данным ВОЗ



Источник: Предотвращение хронических болезней: жизненно важное вложение средств. Всемирный доклад ВОЗ (1).

женщин и мужчин. Они затрагивают все страны, и 80% смертей в мире от хронических болезней приходится на страны с низким и средним уровнем доходов. В глобальном масштабе от хронических болезней сегодня страдает больше людей, чем от инфекционных, и они ответственны за большую часть бремени болезней в Европе (табл. 1). Болезни сердца и инсульт – ведущая причина смерти во всех 53 странах Европейского региона.

Таблица 1. Бремя болезней и смертность от неинфекционных заболеваний в Европейском Регионе ВОЗ с разбивкой по причинам, 2005 г.

Группы причин	Бремя болезней		Смертность	
	DALYs ^a (тысячи)	Доля от всех причин (%)	Количество (тысячи)	Доля от всех причин (%)
Отдельные неинфекционные болезни				
Сердечно-сосудистые заболевания	34 421	23	5 067	52
Нервно-психические расстройства	29 370	20	264	3
Рак (злокачественные новообразования)	17 025	11	1 855	19
Болезни органов пищеварения	7 117	5	391	4
Болезни органов дыхания	6 835	5	420	4
Болезни органов чувств	6 339	4	0	0
Болезни костно-мышечной системы	5 745	4	26	0
Сахарный диабет	2 319	2	153	2
Болезни полости рта	1 018	1	0	2
Все неинфекционные болезни	115 339	77	8 210	86
Все причины	150 322	100	9 564	100

^a DALYs: число лет здоровой жизни, утраченных вследствие болезней, инвалидности и преждевременной смерти.

Источник: Предупреждение хронических болезней: жизненно важное вложение средств. Всемирный доклад ВОЗ (1).

Страны не могут себе позволить сохранения подобной ситуации. Расходы на медицинское обслуживание слишком высоки, а снижение производительности влечет за собой значительные экономические издержки (6). Например, согласно прогнозам, с 2005 г. по 2015 г. потери национального дохода из-за болезней сердца, инсульта и диабета в Российской Федерации оцениваются в 300 миллиардов международных долларов (1).¹

Расходы, связанные с хроническими болезнями, и их негативное воздействие значительны, однако бремя хронических болезней может быть уменьшено или же с помощью профилактики их начало может быть сдвинуто на более поздний период жизни. Необходимые изменения не должны быть дорогими, а средства предупреждения большинства хронических болезней и борьбы с ними хорошо известны. Они варьируются от мероприятий, ориентированных на индивидуумов или семьи (например, распространение информационных листовок или активная поддержка по телефону); инициатив, направленных на медицинских работников (например, предоставление инструментария для принятия решений, подготовка к выполнению новых функций и создание многопрофильных бригад); организационных преобразований (например, обучение на рабочем месте и межсекторное взаимодействие) до стратегий, предназначенных для отдельных групп населения (например, реклама, пропагандирующая здоровый образ жизни, и выявление людей с различным уровнем риска) (7). Фактические данные подтверждают, что запланированная активная помощь может способствовать повышению качества жизни и улучшению здоровья людей с хроническими заболеваниями (8–10).

Что означает "ведение хронического заболевания"?

Треугольник Kaiser Permanente широко используется для трехуровневого моделирования помощи при хронических болезнях (в основании находится широкая профилактика на уровне всего населения и укрепление здоровья):

- поддержка самопомощи и самоконтроля заболевания в отношении людей с хроническими болезнями, входящих в группу низкого риска осложнений и госпитализации;
- ведение заболевания у людей, нуждающихся в регулярном динамическом наблюдении и входящих в группу высокого риска; и

¹ Международный доллар – это гипотетическая валюта, которая используется в качестве пересчета и сравнения затрат между странами с использованием в качестве отправной точки доллара США. Международный доллар имеет такую же покупательную способность, как и американский доллар США. Это также называется паритетом покупательной способности.

- ведение заболевания у людей с комплексными потребностями, являющимися интенсивными пользователями незапланированной вторичной помощи.

В этом краткой аналитическом обзоре ведение хронических болезней означает координацию помощи на всех уровнях.

Программы ведения болезней организуют оказание помощи в рамках междисциплинарных программ с множеством компонентов, используя предупредительный активный подход, охватывающий все периоды течения болезни (11). Ведение хронической болезни включает координацию медико-санитарной помощи, а также мероприятия по обеспечению лекарственными препаратами и оказанию социальной поддержки, которые направлены на улучшение исходов в отношении здоровья для пациентов и достижение оптимального соотношения затраты-эффективность. Известно, что именно системный подход является оптимальным и экономически эффективным способом предоставления медицинской помощи (12).

Подходы к стратегиям по осуществлению вмешательств

За последнее десятилетие в странах Региона были разработаны стратегии и правовая база для поддержки мероприятий по профилактике и контролю хронических болезней и связанных с ними факторов риска (табл. 2). Однако многие из этих стратегий были направлены на борьбу с конкретными заболеваниями, такими, как диабет, сердечно-сосудистые заболевания и рак, а не на такие детерминанты, как контроль массы тела и физическая активность.

Для координации ведения хронических болезней с участием различных учреждений и поставщиков услуг подходы к политике вмешательств могут осуществляться на:

- индивидуальном уровне;
- на уровне систем медицинского обслуживания или их отдельных компонентов;
- на общесистемном или популяционном уровне.

Эти подходы не исключают друг друга и представлены здесь в виде упрощенной схемы для того, чтобы помочь в составлении планов внедрения и использования имеющихся ресурсов на местах.

Инициативы на индивидуальном уровне

Мероприятия, осуществляемые на индивидуальном уровне, направлены на координацию предоставления помощи тем, кто в ней нуждается, и их

семьям. Они включают подходы, основанные на психологической или поведенческой теории, определенных методах ведения случаев и модели изменения стадий поведения. Объем данного обзора не позволяет рассмотреть различные инициативы, ориентированные на индивидуумов, но на одном примере показаны основные характеристики этих подходов.

Таблица 2. Стратегии, программы и законодательные акты в отношении неинфекционных заболеваний в 38 европейских странах, ответивших на вопросы в рамках исследования, проведенного ВОЗ, 2005-2006 гг.

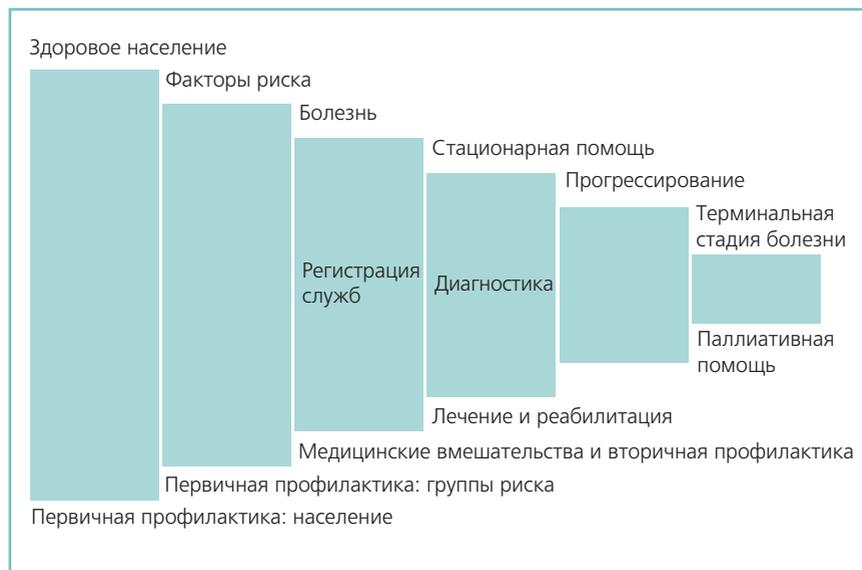
Тема	Национальная политика в области здравоохранения	Целевая национальная программа	Специальное постановление, закон, другие законодательные акты или распоряжения правительства
Профилактика и контроль неинфекционных заболеваний	28	28	–
Борьба с табаком	28	25	37
Питание/рацион питания	24	20	35
Физическая активность	19	17	13
Борьба с алкоголем	19	17	28
Гипертензия	15	16	–
Диабет	20	29	–
Болезни сердца	20	20	–
Инсульт	17	14	–
Рак	23	23	–
Хронические болезни органов дыхания	13	10	–
Другие хронические заболевания	10	10	–

Источник: Курс на оздоровление: Европейская стратегия профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями (13).

Модель стадий изменения поведения (транстеоретическая модель), которая первоначально применялась в области изменения поведения в отношении курения, а также зависимости от алкоголя и наркотиков, была использована для ряда других видов поведения в отношении здоровья (14). Она описывает процесс прохождения человеком различных этапов на пути изменения поведения: предварительное размышление, размышление, принятие решения, действие и поддержание. В различные моменты процесса изменений поведения люди могут извлечь пользу из разных мероприятий. Этот подход иногда связывается со стратегиями воздействия на протяжении жизненного цикла человека, в соответствии с которыми оказание помощи следует курсу от населения в целом к людям, страдающим одним или несколькими длительными хроническими состояниями, вызванными воздействием факторов риска, и затем к паллиативной помощи для людей с терминальной стадией болезни (рис. 2). Подобный стратегический подход указывает на необходимость применения различных схем профилактики, лечения, реабилитации и паллиативной помощи на разных этапах развития болезни (15).

Не ясно, насколько эффективны модели, ориентированные на индивидуальный подход (17). Некоторые исследования позволяют предположить,

Рис. 2. Подход на основе жизненного цикла



Источник: адаптировано из Suñol et al. (16).

что они могут помочь изменить поведение в отношении питания и физической активности (18), однако недостаточно доказательств, что действия в этом направлении будут неизменно приводить к реальным переменам в таких областях, как многочисленные изменения образа жизни, прохождение маммографии, приверженность соблюдению режима лечения или уменьшение потребления табака и алкоголя (19). Однако это может быть связано с тем, что вмешательства были слишком короткими, недостаточно целенаправленными или при их проведении правильно не оценивалась стадия изменений поведения участников.

В мероприятиях фармацевтических компаний, на рабочем месте и в мероприятиях других компаний иногда используются подобные подходы, и много таких примеров можно обнаружить в США. Они также были апробированы в Европе, в том числе в рамках партнерств между государственным и частным сектором (вставка 1). Например, в Италии фармацевтическая компания сотрудничала со службами здравоохранения для организации активного ведения болезней под руководством медсестер на основе модели стадий изменения поведения. Используя инструмент поддержки принятия решений, размещенный в Интернете, специально обученные медсестры оказывали регулярную помощь людям путем мотивации и

Вставка 1. Стратегический подход с использованием модели стадий изменения поведения

Государственно-частное партнерство между правительством области Апулия и организациями частного сектора использовало подход, основанный на участии медицинских бригад, в которые входили медсестры (организаторы помощи), врачи общей практики и другие специалисты, которые вместе обслуживали 1153 пациента. Местные органы здравоохранения наняли 30 медсестер общей практики, которые непосредственно общались с пациентами и осуществляли ведение болезни с учетом индивидуальной стадии модели изменения поведения. Врачам общей практики было обеспечено финансовое стимулирование за набор пациентов, оценку целевых показателей и клинических результатов.

В этом продолжающемся 18 месяцев исследовании до- и послетестовая оценка показала повышение приверженности соблюдению режима приема препаратов; 66% участников сообщили об улучшении общего состояния; 59% – о повышении функциональных возможностей; и 60% – об улучшении отношений с врачом общей практики.

Эта модель предоставления помощи использовалась в США (изначально она основывалась на поддержке по телефону) и была адаптирована к местным условиям. Получены доказательства, что некоторые факторы имели определяющее значение для распространения этой стратегии на новые регионы. Успешное внедрение этой заимствованной стратегии зависело от трех составляющих: плательщики, практические работники и участники (пациенты) (22).

напоминаний, действуя, как служба, указывающая на другие имеющиеся ресурсы и координирующая оказание помощи конкретным пациентам врачами общей практики (20) (вставка 1). Систематические обзоры подобных вмешательств по всему миру свидетельствуют о том, что активная, ориентированная на конкретного человека поддержка (часто по телефону), может давать краткосрочное улучшение здоровья, хотя воздействие такого подхода на использование медицинских служб является не столь определенным (21). Для некоторых стран подобная поддержка ведения болезни по телефону, ориентированная на конкретных пациентов, может оказаться непригодной, поскольку ее реализация может быть дорогостоящей и требовать наличия определенной технологической инфраструктуры. Кроме того, это может быть несправедливым в отношении людей, которые не могут себе позволить иметь телефон, или особенности их культуры не позволяют им пользоваться.

Политика ведения болезней, основанная на индивидуальном подходе, может мотивировать семьи, однако исследования свидетельствуют о том, что такой подход вряд ли будет рентабельным и устойчивым в широких масштабах страны или региона. Такого рода подходы, как правило, не являются стратегическими, и не дают возможности воспользоваться преимуществами такой помощи большому числу пациентов одновременно (23). Программы, ориентированные на индивидуальные потребности важны, но могут быть более эффективными только при условии интеграции с общесистемным подходом к ведению болезней.

Инициативы на уровне систем предоставления услуг

Варианты политики, касающиеся систем предоставления услуг, сконцентрированы на координации ведения хронических болезней через согласованные действия компонентов различных служб. Одной из наиболее широко используемых моделей многофункционального оказания помощи при хронических болезнях является модель, разработанная в США. В соответствии с этой моделью, шесть взаимозависимых компонентов имеют значение для ведения хронических болезней: организация здравоохранения; структура служб оказания помощи; ресурсы, имеющиеся в сообществе, и принципы политики; поддержка самоконтроля болезни; поддержка принятия решений; и клинические информационные системы (24) (рис. 3). Дания, Англия, Франция, Германия, Ирландия, Италия, Шотландия, Швеция и Уэльс приняли на вооружение политику, в определенной степени основанную на этой модели, сконцентрировав внимание на предоставлении услуг (25). Подходы, которые используют эти страны, очень разные, но все они делают упор на организацию ведения болезней на уровне предоставления услуг.

Рис. 3. Модель помощи при хронических заболеваниях



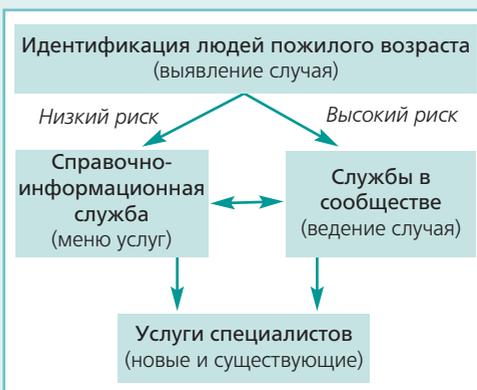
Подходы, ориентированные на систему предоставления услуг, были опробованы на национальном уровне, а также местными и региональными объединениями, действующими в рамках учреждения или страховой программы или программы льгот (вставка 2). Например, в Германии врачи сначала возражали против оказания помощи при хронических болезнях в рамках, определяемых рекомендациями, основанными на фактических данных и обмене информацией, однако в настоящее время осуществляются подобные программы в отношении конкретных заболеваний (26). Было принято законодательство по стимулированию поставщиков услуг разрабатывать подходы к предоставлению скоординированной помощи людям с длительными хроническими состояниями, и исследуются новые механизмы стимулирования, скорректированные по степени риска (27).

В Нидерландах правительство реализует компоненты модели помощи при хронических болезнях уже как минимум 10 лет (до того, как эта модель была официально концептуализирована). Интегрированные программы помощи направлены на ликвидацию разрыва между помощью в стационаре и в общине ("промежуточный" подход к оказанию помощи), однако в некоторых исследованиях получены данные, что такой подход не является достаточно широким, чтобы обеспечить долгосрочное воздействие (28).

Вставка 2. Примеры изучения новых возможностей в области предоставления услуг

В ряде областей Англии (Соединенное Королевство) прошли тестирование инновационные варианты политики в области предоставления услуг, предназначенных для поддержки пожилых людей, страдающих длительными хроническими заболеваниями. Один из местных органов власти (совет) возглавил партнерство между бригадами специалистов медицинской и социальной помощи, благотворительными организациями и службами в общине, которое имело общий бюджет и общий план предоставления услуг. Цель этого партнерства состояла в том, чтобы интегрировать профилактическую и специализированную помощь в едином согласованном пакете услуг для пожилых людей, что позволило бы им жить дома и оставаться независимыми. Основные характеристики такого подхода включали активное выявление тех, кто нуждается в услугах, предоставление специализированной помощи лицам из групп высокого риска госпитализации и направление в другие службы лиц с более низким уровнем потребностей в помощи.

Методы выявления случаев и направления от медицинских специалистов использовались для выявления пожилых людей, которым такая дополнительная поддержка принесла бы пользу. Лица, причисленные к группе высокого риска госпитализации, обеспечивались услугами специализированных медсестер и другими специальными услугами, тогда как "навигационное" (справочно-информационное обслуживание) по выявлению лиц из групп низкого риска находилось в ведении добровольного сектора. Также были разработаны специализированные услуги по профилактике, например, по предупреждению падений; оценке ранних стадий деменции; налажено обеспечение лекарственными препаратами; созданы бригады социальных работников в больницах и бригады парамедиков, позволяющие избежать обращения в стационар (см. рисунок).



Инновационные аспекты этой модели заключаются в следующем:

- интеграция (медицинские и социальные службы работают вместе, а совет управляет финансами);
- замещение профессионалов (использование добровольного сектора в качестве информационной и справочной службы);
- изменение условий предоставления услуг (услуги на дому или на базе сообщества);
- сегментация потребителей услуг на группы высокого и низкого риска; и
- новые виды обслуживания (лица, оказывающие информационно-справочные услуги, и фармацевты посещают людей на дому).

Двадцать девять подобных экспериментальных программ было запущено по всей Англии. Использовались государственные бюджетные средства, выделенные конкретным поставщикам услуг, которым было предложено работать в рамках

консорциума. Проведена оценка воздействия на клинические показатели, мнение персонала и использование служб (включая частоту госпитализаций). Первые результаты оценки свидетельствуют о том, что в регионах, внедривших интегрированные превентивные подходы к ведению болезней, частота госпитализаций была ниже, чем в других регионах.

Главным препятствием на пути внедрения этой комплексной программы было определение и применение соответствующего инструментария для выявления нуждающихся в помощи людей и их стратификация в зависимости от риска. Существующие системы данных не позволяют обмениваться информацией между службами медицинской и социальной помощи, и список всех людей в возрасте старше 65 лет, которых с помощью алгоритмов можно было бы стратифицировать по степени риска, невозможно было получить. Службы разрабатывали собственные приоритеты и критерии включения, поэтому реализация этой программы была не такой комплексной, как планировалось.

Эффективность подходов, направленных на системы предоставления услуг получила широкую оценку, хотя многие исследования и обзоры были сосредоточены на определенных компонентах, а не на модели в целом. В исследованиях, главным образом обсервационных, сообщалось об улучшении процесса обслуживания, конечных результатов и меньших затратах в организациях, которые внедрили новую стратегию предоставления услуг (29,30), хотя в этих исследованиях не определялось, является ли эта модель более эффективной, чем другие подходы, или какие-либо ее недостатки.

Некоторые фактические данные (31–33) показывают, что стратегии, сфокусированные на уровне предоставления услуг, могут улучшать качество помощи людям с длительно текущими хроническими состояниями, однако данные об их воздействии на клинические исходы неоднозначны (34). Ряд исследований (35,36) позволяет предположить, что подобная стратегия может улучшать клинические исходы, уменьшать риск госпитализаций и затраты. В одном из обзоров (24) показано, что политика, ориентированная на систему предоставления услуг людям с такими длительно текущими состояниями, как ишемическая болезнь сердца, астма и диабет, ассоциировалась с сокращением расходов на медицинскую помощь или уменьшением использования медицинских услуг. Тем не менее существуют иные мнения относительно их влияния на клинические исходы или использование ресурсов здравоохранения (37,38). Даже наиболее эффективные мероприятия и политика, ориентированные на систему предоставления услуг, как правило, обладают ограниченным эффектом (39).

В некоторых обзорах были исследованы наиболее эффективные компоненты политики, ориентированной на систему предоставления услуг. В одном из них даны результаты мета-анализа (40), которые показали, что ни один из элементов модели помощи при хронических заболеваниях не имеет существенного значения для улучшения исходов, однако изменения

структуры системы предоставления услуг значительно улучшают процессы обслуживания и исходы, так же, как и поддержка самоконтроля. С другой стороны, официальная оценка модели оказания помощи при хронических болезнях, проведенная корпорацией RAND в более чем 40 организациях США, показала, что такая политика может приводить к улучшению процесса оказания помощи и конечных результатов, в том числе в отношении клинических исходов, удовлетворенности услугами и расходов (41). Четыре компонента модели в наибольшей степени ассоциировались с устойчивыми изменениями: организация бригад специалистов-практиков; совместные принятия решений с людьми, страдающими хроническими заболеваниями; поощрение участия поставщиков услуг в инициативах по улучшению обслуживания; и широкое распространение методов просвещения пациентов. Все они особое внимание уделяли коммуникациям, привлечению и участию – основным аспектам политики, направленной на улучшение здоровья населения и использующей общесистемный подход. Такие выводы являются важными, поскольку отражают попытку серьезно проанализировать, какие именно компоненты в рамках политики являются наиболее перспективными, и следует ли использовать модель в целом или только ее составные части.

Значительная часть фактических данных, касающихся этих стратегий, получена в обсервационных исследованиях, что не позволяет сделать заключение о причинно-следственных связях. Имеются обзоры результатов исследований отдельных компонентов политики, таких, как просвещение пациентов или самоконтроль заболевания, однако качественных исследований, оценивающих воздействие всего комплекса мероприятий в рамках целенаправленной политики на уровне предоставления услуг, недостаточно. Несколько исследований, проведенных в этой области, охватывали малое число участников, спонсировались промышленностью или в них не проводилась оценка использования ресурсов здравоохранения и затрат (42,43). В большинстве случаев эти данные получены в США, хотя исследования, недавно проведенные в Европе, подтверждают эти тенденции (25).

Общесистемные инициативы

Общесистемные стратегии ведения хронических заболеваний опираются на те же методы, что используются для систем предоставления услуг, но в большей степени сфокусированы на политике, структурах и общественных ресурсах, необходимых для достижения долгосрочных изменений. Часто основное внимание уделяется профилактике и укреплению здоровья, а цель состоит в том, чтобы задействовать наиболее успешные программы, условия предоставления помощи и поставщиков услуг. Ратификация Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями (13) говорит о том, что в принципе межсекторные и общесистемные подходы поддерживаются. Мало примеров такого подхода, получивших

углубленную оценку, за исключением Общенациональной программы интегрированной профилактики инфекционных болезней (CINDI) (вставка 3). Похоже, что страны стремятся к осуществлению общесистемных подходов, но большинство из них в настоящее время осуществляют политику в области предоставления услуг (23,25).

Вставка 3. Шаги в направлении осуществления общесистемных инициатив

Сеть CINDI охватывает 30 стран Европейского региона ВОЗ и Канаду. Ее цель – обеспечить комплексный механизм для рассмотрения действий по предупреждению и контролю факторов риска и лежащих в их основе социальных и экологических детерминант. Политика заключается в том, что комплексные действия на местном, национальном и широком региональном уровне, направленные на борьбу с распространенными факторами риска, могут уменьшить распространенность длительно протекающих хронических болезней и улучшить здоровье населения в целом. В ней используется четырехфакторный подход, и она направлена на четыре длительно протекающих заболевания (сердечно-сосудистые заболевания, рак, хронические obstructивные заболевания легких и диабет); рассматривается воздействие четырех факторов, связанных с образом жизни, и четырех социальных детерминант; а также использование четырех основных стратегий, направленных на содействие изменениям и связанных рядом интегрированных подходов.

CINDI предлагает обеспечивать поддержку следующим основным направлениям на региональном, национальном и международном уровне:

- надзор для отслеживания тенденций в распространении хронических состояний и их детерминант;
- профилактика заболеваний и укрепление здоровья для снижения бремени преждевременной заболеваемости, смертности и инвалидности; и
- инновации в области оказания медико-санитарной помощи и эффективное руководство, соответствующее местной ситуации.

Дания, Франция и Канада начинают использовать некоторые компоненты этого подхода (44), однако доказательств их эффективности и сравнений с другими инициативами по-прежнему нет. Он представлен здесь в качестве "меню", которым, возможно, захотят воспользоваться разработчики политики при рассмотрении вопроса о том, как организовать на местах комплексный подход к ведению заболеваний с участием различных поставщиков услуг. Большинство стран не располагают ресурсами для немедленных действий во всех областях. Мероприятия, которые являются наиболее целесообразными в существующих условиях, должны проводиться в первую очередь, но при этом важно уделять особое внимание детерминантам хронических болезней, которые могут находиться за пределами поля деятельности сектора здравоохранения.

Источник: Стратегия предупреждения хронических заболеваний в Европе: основное внимание – действиям общества по укреплению общественного здравоохранения; видение стратегии с позиций CINDI (44).

Глобальный доклад ВОЗ "Новаторские методы оказания помощи при хронических состояниях: элементы для действий", в котором основное внимание уделено общественно-политическим аспектам улучшения помощи при хронических заболеваниях, а не вопросам оказания помощи хроническим больным в рамках первичной медико-санитарной помощи (рис. 4), также является примером общесистемного подхода. В нем показано, как важно осуществлять ведение болезней на микро- (пациенты и их семьи), мезо- (учреждения здравоохранения и общины) и макроуровне (политика).

Рис. 4. Структура новаторских методов оказания помощи при хронических состояниях



Источник: Новаторские методы оказания помощи при хронических состояниях: основные элементы для действий (45).

Другой общесистемный стратегический подход основан на экологической модели общественного здоровья для хронических состояний. Ее принцип состоит в том, что воздействие на бремя хронических болезней требует мероприятий на уровне политики, направленной на все население, общественных инициатив и соответствующих служб здравоохранения. Эта концепция включает оказание континуума помощи по профилактике и лечению. В ней сделан упор на таких детерминантах здоровья, как социальные, культурные и экономические факторы, которые могут влиять на качество и объем предоставляемой помощи. Стратегии, основанные на экологической концепции, уделяют особое внимание взаимодействию и взаимозависимости факторов на конкретном или на всех уровнях осуществления политики, в том числе взаимодействию между людьми и их физической и социокультурной окружающей средой. Они учитывают неравенство в отношении здоровья и его причины (46).

Оценки конкретных инициатив, основанных на этой модели, показали их полезность для пользователей услуг и служб, предоставляющих помощь (47–49). Кроме того, проведенные оценки свидетельствуют о том, что руководство, эпидемиологические исследования и эпиднадзор, целевые вмешательства, оценка и качественное управление программами – все они имеют решающее значение для внедрения программ ведения хронических болезней в рамках других программ оказания помощи (50).

Внедрение преобразований

Нет доказательств тому, что один из стратегических подходов обязательно будет более эффективным, чем другие. Компоненты программ ведения хронических болезней варьируются в зависимости от местных потребностей, бюджетов и неравенства в отношении здоровья. По-видимому, ключом к успеху является совместная разработка решений для удовлетворения потребностей на местах и систематическое осуществление мероприятий с проведением регулярного мониторинга (51). Современное видение ситуации состоит в том, что стратегические общесистемные инициативы могут привести к более устойчивым результатам, чем индивидуальный подход (13).

При этом имеются веские доказательства эффективности и экономической рентабельности инициатив. Вопрос состоит в том, как осуществлять эти решения, используя всеобъемлющий и интегрированный подход. Можно привести следующие примеры.

- Возможен выбор единого страхового плана или поставщика услуг, на которого возлагается ответственность, и получающего соответствующее финансирование для координации всего процесса ведения хронического заболевания у конкретного пациента, даже если другие службы тоже участвуют в предоставлении услуг. Это может быть регулирующий

подход, основанный на невмешательстве, как, например, системы управляемой помощи или частные страховые компании в США, или широкая государственная стратегия, как Национальная служба здоровья в Англии, объединяющая множество организаций, которые все работают в рамках общенационального плана медицинского страхования.

- Ведение болезней может осуществляться с устанавливаемыми государством минимальными стандартами для страховых планов и поставщиков услуг. Это регулирующий подход с большей долей вмешательства, примеры которого можно встретить в некоторых частях Франции, Германии, Италии и Нидерландов.
- Возможно создание рынка кредитов за ведение хронических болезней, в рамках которого страховые планы и поставщики услуг могут либо покупать, либо продавать кредиты для предоставления помощи. Это рыночный подход, распространенный в США.
- Ведение хронических болезней может быть сосредоточено на просвещении пациентов по вопросам самоконтроля, использовании электронных историй болезни и систем, доступ к которым может помочь потребителям услуг определить конкретные мероприятия, которые им подходят, и поставщиков, которые предлагают соответствующие услуги. Такие системы были протестированы в некоторых частях Скандинавии.

Недостаточно фактических данных, касающихся преимуществ, недостатков или затрат при использовании разных подходов. Однако имеющиеся данные показывают, что при любом подходе основные приоритеты ведения хронических болезней одинаковы и распространяются на все страны, независимо от их размера, и на каком этапе развития находятся (25). Вне зависимости от того, какие варианты осуществления программ рассматриваются, следующие моменты являются ключевыми.

- Предупреждение развития заболевания и укрепление здоровья являются главным компонентом программы ведения болезни.
- Ориентация в соответствии с потребностями пациентов очень важна (например, путем стратификации риска).
- Согласованность информации и подхода имеет большое значение, когда программы ведения болезней осуществляются несколькими поставщиками услуг. Информационно-технологические системы; протоколы, которым следуют потребители услуг; и инструменты принятия решений могут способствовать последовательности действий, но их следует рассматривать только как средства, и не преувеличивать значение использования этих технологий в качестве мотивации и обеспечения ведения болезни.

- Многопрофильные бригады с участием клиницистов являются обязательным атрибутом. Очень важно развитие человеческих ресурсов, в том числе в государственном и частном секторе, в медицинских и социальных службах, в добровольных и общественных объединениях, а также потребителей услуг и их семьи.
- Потребители услуг – основной участник процесса во всех, самых разных условиях предоставления услуг, поэтому очень важной является их мотивация к оказанию самопомощи.

В Приложении 1 представлен ряд инициатив, которые могут быть использованы для внедрения каждого из этих ведущих факторов успеха.

Учитывая различия в управлении, а также в профессиональной подготовке и механизмах финансирования в странах Европы, перспективные примеры реализации вряд ли могут служить руководством к действию. Вместо этого представляется полезным обеспечить разработчиков политики списком основных тем, которые необходимо рассмотреть при широкомасштабном внедрении программ по ведению хронических болезней. Ниже (вставка 4) приводится перечень таких тем. Исследования показали, что поскольку невозможно осуществить сразу все изменения в отношении ведения хронических болезней, страны, направившие свои усилия на области, обозначенные во вставке 4 как требующие немедленного реагирования, по всей видимости, смогут добиться наиболее значительных и стойких перемен (52).

Вставка 4. Шаги на пути осуществления стратегии по ведению хронических болезней

Первоочередные

- Повысить уровень осведомленности общественности, профессионалов и политиков о важности программ ведения хронических болезней.
- Направлять политику, исходя из задач, стоящих перед общественным здравоохранением, по изучению детерминант хронических болезней и основных факторов риска.
- Создание стимулов для сотрудничества с преодолением институциональных границ или соревновательных элементов между службами первичной медико-санитарной помощи, стационарами, социальными службами и добровольным сектором.
- Содействовать тому, чтобы медико-санитарные службы уделяли больше внимания укреплению здоровья, пропагандируя здоровое питание, отказ от курения и физические упражнения.
- Использовать просвещение и финансирование в качестве рычагов для повышения возможностей в области укрепления здоровья и предупреждения болезней.

- Признать, что пользователи услуг и их семьи являются составным элементом команды по оказанию помощи, и сосредоточить усилия на том, чтобы сделать потребителей помощи полноценным ресурсом, поддерживая самоконтроль, самонаблюдение и другие самостоятельные действия.
- Создать сервисную сеть и обеспечить пути преодоления границ между медицинской помощью, социальным обслуживанием и различными секторами.
- Обеспечить создание адекватных систем передачи информации между поставщиками услуг.
- Обеспечить создание доступного инструментария, помогающего идентифицировать людей с разным уровнем потребностей и соответствующим образом ориентировать службы.
- Содействовать предоставлению услуг на общинном уровне.

Среднесрочные

- Внедрить национальную стратегию по борьбе, как с причинами хронических болезней, так и с конкретными заболеваниями.
- Рассмотреть налогообложение, предоставление субсидий и торговые соглашения с позиций контроля цен на здоровые пищевые продукты, табак, алкоголь и спортивное оборудование.
- Рассмотреть вопросы, связанные с созданием окружающей среды, способствующей физической активности.
- Использовать показатели работы системы здравоохранения и инструменты определения качества для оценки качества предоставляемых услуг и придания гласности полученным результатам.
- Рассмотреть варианты предоставления услуг, основанных на подтвержденной информации, такие, как активное ведение случая заболевания или многопрофильные бригады.
- Рассмотреть возможность использования социальных и культурных рычагов, для пропаганды здорового питания и поведения.
- Использовать финансовые стимулы, такие, как зависимость оплаты от улучшения клинических показателей.
- Проектировать службы, способствующие большей справедливости, экономической доступности и расширению доступа к услугам для уязвимых групп.
- Обеспечить вовлечение пользователей услуг и лиц, обеспечивающих помощь и уход, в планирование, предоставление и мониторинг услуг.

Долгосрочные

- Обеспечить инструментарий для поддержки принятия решений в целях оказания помощи специалистам в использовании надлежащей практики.
- Сделать работодателей ключевым партнером в осуществлении программ ведения хронических заболеваний.
- Расширять права и возможности человеческих ресурсов сообщества, таких, как группы добровольцев и религиозные группы.

- Распределять ресурсы в области здравоохранения и социального обеспечения на основе показателей бремени болезни.
- Улучшать навыки персонала и увеличивать численность персонала, владеющего специальными навыками по ведению хронических болезней, на всех уровнях.
- Уделять особое внимание профессиональной подготовке работников здравоохранения как в области профилактики заболеваний и паллиативной помощи, так и лечения.

Необходимо участие всех врачей, больниц, социальных служб и других поставщиков услуг в осуществлении комплексной программы ведения хронических болезней, а это требует стимулов и твердой политической основы. Могут потребоваться изменения правовой базы. Во многих странах разные организации вряд ли смогут эффективно работать вместе при отсутствии сильного руководства и определенных мер по реорганизации структуры здравоохранения и изменению финансирования. Это может быть общий бюджет для нескольких организаций, экономические стимулы для снижения частоты использования медицинских служб, премии за достижение целевых показателей оказания помощи или возможности для участия в предоставлении инновационных услуг. Например, страны должны проверить, какие инициативы по поощрению различных организаций работать сообща для поддержки программ ведения хронических болезней наиболее эффективны в их условиях.

Экономические последствия внедрения изменений могут быть значительными. Однако если ничего не менять, последствия могут быть еще более заметными. Средства должны быть выделены на реструктуризацию, экономическое стимулирование, профессиональную подготовку и мониторинг прогресса. От поставщиков услуг потребуются многосторонние клинические знания, а также умение проводить оценку и навыки межличностного общения в широком диапазоне – от укрепления здоровья до паллиативной помощи. Работа может потребовать подготовки по разным дисциплинам, и необходимо, чтобы персонал владел современными методами анализа данных и мониторинга процесса.

Системы здравоохранения не всегда способны изменяться, что в еще большей степени затрудняет деятельность тех, кто отвечает за разработку политики. Все заинтересованные стороны должны признать серьезность проблемы и необходимость значительных перемен (51).

Резюме

В этом кратком аналитическом обзоре освещены некоторые из основных факторов, которые следовало бы учесть разработчикам политики при планировании программ ведения хронических болезней, охватывающих различные условия предоставления помощи. Страны не могут себе позволить сохранять статус-кво, как с точки зрения охраны здоровья, так и экономической эффективности затрат.

Стратегии по ведению хронических болезней обладают мощным потенциалом для спасения жизней и сохранения ресурсов. При этом фактические данные свидетельствуют о том, что индивидуалистические модели или модели, рассматривающие только область предоставления услуг, принятые в странах Европы, могут не быть столь эффективны, как общесистемные подходы, направленные на улучшение здоровья населения в целом. Для изучения более широких детерминант здоровья и использования активного превентивного подхода, прежде всего, необходимы определенные инвестиции и долгосрочные прогнозы. Мероприятия по устранению факторов риска не могут привести к немедленным изменениям, но обладают долгосрочными перспективами по уменьшению возможности развития хронического заболевания, а также при необходимости в лечении его проявлений.

Лица, ответственные за разработку политики, хотят получить информацию, которая стала бы основой для действий, однако не существует единственно правильного решения, как следует осуществлять ведение хронических болезней в разных контекстах. Ясно одно: стратегии, направленные исключительно на то, как изменить предоставление услуг, не будут иметь необходимого долгосрочного эффекта. Необходимы более систематизированные подходы, которые рассматривают причины хронических болезней. Для этого требуется:

- сильное руководство на национальном, региональном или организационном уровне;
- обеспечение надежного сбора информации и обмена данными;
- предоставление помощи на основе потребностей людей и способность идентифицировать людей с разным уровнем потребностей;
- ориентация на основные факторы риска, в том числе на широкие инициативы по профилактике заболеваний;
- поддержка самоконтроля заболевания и расширение прав и возможностей людей с хроническими состояниями; и
- вовлечение широкого круга заинтересованных сторон, таких как отдельные лица, добровольный и общественный сектор, частные работодатели и государственные службы.

Библиография

1. *Preventing chronic disease: a vital investment. WHO global report.* Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en, accessed 15 May 2008).
2. Singh D. *Transforming chronic care: evidence about improving care for people with long-term conditions.* Birmingham, University of Birmingham, 2005.
3. Chronic diseases [web site]. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/topics/chronic_disease/en, accessed 15 May 2008).
4. National Center for Health Statistics definitions: health condition [web site]. Atlanta, United States Centers for Disease Control and Prevention, 2008 (<http://www.cdc.gov/nchs/datawh/nchsdefs/healthcondition.htm>, accessed 15 May 2008).
5. Rabin BA, Boehmer TK, Brownson RC. Cross-national comparison of environmental and policy correlates of obesity in Europe. *European Journal of Public Health*, 2007, 17:53–61.
6. Suhrcke M et al. *Chronic disease: an economic perspective.* London, Oxford Health Alliance, 2006.
7. Göhler A et al. A systematic meta-analysis of the efficacy and heterogeneity of disease management programs in congestive heart failure. *Journal of Cardiac Failure*, 2006; 12:554–567.
8. Krause DS. Economic effectiveness of disease management programs: a meta-analysis. *Disease Management*, 2005, 8:114–134.
9. Ouwens M et al. Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. *International Journal of Quality in Health Care*, 2005, 17:141–146.
10. Yu DS, Thompson DR, Lee DT. Disease management programmes for older people with heart failure: crucial characteristics which improve post-discharge outcomes. *European Heart Journal*, 2006, 27:596–612.
11. DMAA definition of disease management [web site]. Washington, DC, Disease Management Association of America, 2008 (http://www.dmaa.org/dm_definition.asp, accessed 15 May 2008).
12. *Clinicians, services and commissioning in chronic disease management in the NHS. The need for coordinated management programmes. Report of a joint working party of the Royal College of Physicians of London, the Royal College of General Practitioners and the NHS Alliance.* London, Royal College of General Practitioners, 2004.

13. *Gaining health: the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/features/2006/featurencd06/TopPage>, accessed 15 May 2008).
14. Evers KE et al. A randomized clinical trial of a population- and transtheoretical model-based stress-management intervention. *Health Psychology*, 2006, 25:521–529.
15. Homer J et al. The CDC's diabetes systems modeling project: developing a new tool for chronic disease prevention and control. *22nd International Conference of the System Dynamics Society, 25–29 July 2004, Oxford, United Kingdom*. Albany, NY, System Dynamics Society, 2004 (http://www.systemdynamics.org/conferences/2004/SDS_2004/PAPERS/254HOMER.pdf, accessed 15 May 2008).
16. Suñol R et al. Hacia la integración asistencial: propuesta de modelo basado en la evidencia y sistema de gestión [Towards health care integration: the proposal of an evidence- and management system-based model]. *Medicina Clínica*, 1999, 112(suppl 1):97–105.
17. Werch CE, DiClemente CC. A multi-component stage model for matching drug prevention strategies and messages to youth stage of use. *Health Education Research*, 1994, 9:37–46.
18. Jackson R, Asimakopoulou K, Scammell A. Assessment of the transtheoretical model as used by dietitians in promoting physical activity in people with type 2 diabetes. *Journal of Human Nutrition and Diet*, 2007, 20:27–36.
19. Riemsma RP et al. A systematic review of the effectiveness of interventions based on a stages-of-change approach to promote individual behaviour change. *Health Technology Assessment*, 2002, 6:1–235.
20. Aquilino A et al. Transforming the local health care environment in southern Italy: a team based initiative to manage CVD patients using a decision support tool. *ISQua's 24th International Conference, Boston, MA, 30 September – 3 October 2007* (www.isqua.org/isquaPages/Conferences/Boston/slides/WEDNESDAY_7C8A/MORNING_1143/14_271%20ABS.pdf, accessed 15 May 2008).
21. Barlow J et al. A systematic review of the benefits of home telecare for frail elderly people and those with long-term conditions. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 2007, 13:172–179.
22. Azarmina P et al. *Transferring disease management: critical success factors*. Tadworth, Pfizer Health Solutions (in press).

23. Singh D. *Population health: an essential component of chronic care?* Dublin, Health Services Executive, 2007.
24. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model. Part 2. *Journal of the American Medical Association*, 2002, 288:1909–1914.
25. Knai C, Nolte E, McKee M, eds. *Caring for people with chronic conditions – experience in eight countries*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (in press).
26. Busse R. Disease management programs in Germany's statutory health insurance system. *Health Affairs*, 2004, 23:56–67.
27. Guterman S. US and German case studies in chronic care management: an overview. *Health Care Financing Review*, 2005, 27:1–8.
28. Temmink D et al. Rheumatology out-patient nurse clinics: a valuable addition? *Arthritis and Rheumatism*, 2001, 45:280–286.
29. Von Korff MJ et al. Collaborative management of chronic illness. *Annals of Internal Medicine*, 1997, 127:1097–1102.
30. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Quarterly*, 1996, 74:511–544.
31. Chin MH et al. Improving diabetes care in midwest community health centers with the health disparities collaborative. *Diabetes Care*, 2004, 27:2–8.
32. McAlister FA et al. A systematic review of randomized trials of disease management programs in heart failure. *American Journal of Medicine*, 2001, 110:378–384.
33. Wagner EH et al. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Affairs*, 2001, 20:64–78.
34. Sperl-Hillen JM et al. Do all components of the chronic care model contribute equally to quality improvement? *Joint Committee Journal of Quality and Safety*, 2004, 30:303–309.
35. Vargas RB et al. Can a chronic care model collaborative reduce heart disease risk in patients with diabetes? *Journal of General Internal Medicine*, 2007, 22:215–222.
36. Wagner EH et al. A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature? *Managed Care Quarterly*, 1999, 7(3):56–66.

37. Solberg LI, Crain AL, Sperl-Hillen JM. Care quality and implementation of the chronic care model: a quantitative study. *Annals of Family Medicine*, 2006, 4:310–316.
38. Philbin EF et al. The results of a randomized trial of a quality improvement intervention in the care of patients with heart failure. *American Journal of Medicine*, 2000, 109:443–449.
39. Velasco-Garrido M, Busse R, Hisashige A. *Are disease management programmes (DMPs) effective in improving quality of care for people with chronic conditions?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003 (Health Evidence Network report; http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/DMP/20030820_1, accessed 15 May 2008).
40. Tsai AC et al. A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illnesses. *American Journal of Managed Care*, 2005, 11:478–488.
41. Pearson ML et al. Assessing the implementation of the chronic care model in quality improvement collaboratives. *Health Services Research*, 2005, 40:978–996.
42. Walsh MN et al. Do disease management programs for patients with coronary heart disease make a difference? Experiences of nine practices. *American Journal of Managed Care*, 2002, 8:937–946.
43. Feifer C et al. System supports for chronic illness care and their relationship to clinical outcomes. *Top Health Information and Management*, 2001, 22:65–72.
44. *A strategy to prevent chronic disease in Europe. A focus on public health action. The CINDI vision.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/CHHLUX/sum/20041125_24, accessed 15 May 2008).
45. *Innovative care for chronic conditions: building blocks for action.* Geneva, World Health Organization, 2002 (<http://www.who.int/diabetesactiononline/about/iccreport/en/index.html>, accessed 15 May 2008).
46. Schwartz MB, Brownell KD. Actions necessary to prevent childhood obesity: creating the climate for change. *Journal of Law and Medical Ethics*, 2007, 35:78–89.
47. Gemson DH et al. A public health model for cardiovascular risk reduction. Impact of cholesterol screening with brief non-physician counseling. *Archives of Internal Medicine*, 1990, 150:985–989.

48. Gritz ER et al. A randomized trial of a self-help smoking cessation intervention in a nonvolunteer female population: testing the limits of the public health model. *Health Psychology*, 1992, 11:280–289.
49. Stewart AL et al. Evaluation of CHAMPS, a physical activity promotion program for older adults. *Annals of Behavioral Medicine*, 1997, 19:353–361.
50. *Promising practices in chronic disease prevention and control: a public health framework for action*. Atlanta, United States Centers for Disease Control and Prevention, 2003.
51. Ham C et al. *Getting the basics right*. Coventry, NHS Institute for Innovation and Improvement, 2007.
52. Gaziano TA, Galea G, Reddy KS. Scaling up interventions for chronic disease prevention: the evidence. *Lancet*, 2007, 370:1939–1946.

Приложение 1. Стратегии, ориентированные на основные факторы успеха

Компоненты	Сила доказательств	Применимость
Укрепление здоровья и поддержка самопомощи		
Превентивные сообщения	Одной информации недостаточно (1,2)	Высокая Может осуществляться во всех контекстах
	Кампании в средствах массовой информации должны включать дополнительные сообщения (3)	Политика должна быть широкомасштабной
	Просвещение в рамках школьного образования может быть успешным	Акцентирование на вопросах, относящихся не только к здоровью
	Могут принести пользу непрофессиональные просветители (4)	Требует работы в партнерствах
	Можно использовать Интернет, видео, телефон и другие технологии (5–7)	Требует перспективного подхода
Просвещение по вопросам самопомощи	Веские доказательства, что расширение прав и возможностей потребителей услуг дает значимые преимущества (8)	Высокая Может применяться во всех контекстах
	Просвещение в группах может улучшать краткосрочные результаты (9)	Вовлечение требует затрат (10) Требует приверженности от профессионалов
		Широко внедряется в Европе
Самоконтроль	Самоконтроль кровяного давления и уровня глюкозы в крови может улучшать клинические результаты (11, 12)	Низкая Необходимы технология и инфраструктура
	Ограниченные доказательства результативности в отношении использования служб	
Ведение записей пользователями услуг	Незначимые доказательства пользы (13, 14)	Низкая Трудно организовать и поддерживать

Компоненты	Сила доказательств	Применимость
Помощь по телефону	<p>Активная поддержка по телефону может улучшать конечные результаты (15)</p> <p>Имеются веские доказательства эффективности голосовых сообщений, предупреждающих звонков и других систем мониторинга (16, 17)</p>	<p>Низкая</p> <p>Требует соответствующих технологий и инфраструктуры</p>
Информационные системы и ориентация мероприятий на соответствующие группы		
Основанные на доказательствах алгоритмы и рекомендации по оказанию помощи	<p>Ограниченная эффективность, когда используются изолированно (18, 19)</p> <p>Скорее всего, рекомендации будут эффективными, если в них принимаются во внимание местные условия, они непосредственно опираются на фактические данные, распространяются путем активного просвещения и напоминания о них носят индивидуальный характер (20)</p>	<p>Средняя</p> <p>Легко осуществимы в любых условиях</p> <p>Значительно труднее осуществлять мониторинг</p> <p>Необходимы стратегии в области образования (21)</p> <p>Могут потребоваться санкции и стимулы</p>
Инструменты поддержки принятия решений	<p>Могут улучшать согласованность (22)</p> <p>Могут улучшать практику назначения и конечные результаты (23)</p>	<p>Средняя</p> <p>Широкий диапазон доступных форматов</p> <p>Могут использоваться при любом уровне средств (Интернет, бумажный носитель или компьютер врача общей практики) (24)</p> <p>Необходимы стратегии в области образования</p>
Регистры заболеваний	<p>Важны для идентификации и отслеживания подходящих пациентов (25)</p> <p>Эффективны, когда используются как напоминание для пользователей услуг и клиницистов (26)</p>	<p>Высокая</p> <p>Требует определенной коммуникационной инфраструктуры для разработки и поддержания</p> <p>Относительно низкие затраты</p> <p>Можно успешно использовать в странах с низким и средним уровнем доходов (27)</p>

Компоненты	Сила доказательств	Применимость
<p>Модели стратификации факторов риска</p>	<p>Убедительные данные об идентификации индивидуумов, принадлежащих к группам высокого риска (28,29)</p> <p>Также важно для идентификации индивидуумов из групп низкого риска для предоставления помощи разного уровня</p>	<p>Высокая</p> <p>Требует соответствующей инфраструктуры для сбора рутинной информации и анализа</p> <p>Некоторые инструменты для стратификации факторов риска могут иметь низкий уровень достоверности</p> <p>Опасность фокусирования только на индивидуумах из групп высокого риска</p> <p>Инструментарий для скрининга может способствовать наиболее эффективному использованию дорогостоящих услуг (30)</p>
<p>Клиническое взаимодействие с участием разных специалистов</p>		
<p>Совместное ведение пациента врачами первичной и вторичной помощи</p>	<p>Ограниченные данные об эффективности (31–33)</p>	<p>Низкая</p> <p>Может улучшать процесс, но не конечные результаты</p> <p>Рассматривается только как часть общесистемных изменений</p>
<p>Сочетание первичной и вторичной помощи (комплексное предоставление помощи)</p>	<p>Убедительные данные об эффективности получены в США (34)</p>	<p>Средняя</p> <p>Работает там, где поддерживается финансовыми стимулами</p> <p>Требует изменений инфраструктуры</p>
<p>Работа специалистов вместе с врачами общей практики на уровне первичной медико-санитарной помощи</p>	<p>Неоднозначные данные об эффективности (35)</p> <p>Перенос услуг в общину может не давать сокращения объема использования служб (36)</p>	<p>Низкая</p> <p>Эффективно там, где поддерживается финансовыми стимулами</p>

Компоненты	Сила доказательств	Применимость
Много-профильные бригады и замена врачей медсестрами	<p>Неоднозначные данные об эффективности (37)</p> <p>Может улучшать коммуникации между профессионалами, но влияние на конечные результаты в отношении здоровья может быть ограниченным (38)</p> <p>Может давать кратковременные преимущества (39)</p> <p>Может сокращать объем использования служб (40,41)</p>	<p>Средняя</p> <p>Может улучшить процесс, но не долгосрочные результаты</p> <p>Внедрение может быть дорогим</p> <p>Может быть рентабельным, если используется для передачи навыков или функций</p>
Предложение услуг в условиях общины	<p>Имеется ряд доказательств эффективности (42)</p> <p>Обладает потенциалом в отношении сокращения использования служб (43)</p>	<p>Высокая</p> <p>Может использоваться в разных контекстах без широкомасштабных изменений инфраструктуры</p> <p>Не требует особых затрат</p>
Образование для профессионалов	<p>Непрерывное образование, основанное на оценке потребностей, может изменить поведение (44,45)</p> <p>Интерактивные занятия, предусматривающие тренировку навыков, наиболее эффективны (46)</p> <p>Может сокращать объем использования медицинских услуг (47,48)</p> <p>Образование в формате конференций и единовременных письменных работ оказывает незначительное воздействие (49)</p> <p>Многопрофильное образование дает неопределенные преимущества (50)</p>	<p>Средняя</p> <p>Можно адаптировать к любому бюджету</p> <p>Можно использовать групповые и индивидуальные методы, телефон, письменные сообщения и образование в онлайн-режиме</p> <p>Требует заинтересованности со стороны профессионалов</p> <p>Может быть дорогим, поскольку для наилучшей отдачи требует непрерывности</p>
Аудит и обратная связь	<p>Имеется ряд доказательств улучшения конечных результатов (51–53)</p>	<p>Низкая</p> <p>Может использоваться в любом контексте</p> <p>Требует контролирующего органа</p>

Библиография

1. Morrison A. Effectiveness of printed patient educational materials in chronic illness: a systematic review of controlled trials. *Journal of Managed Pharmaceutical Care*, 2001, 1:51–62.
2. Gibson PG et al. Limited (information only) patient education programs for adults with asthma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2002, (2):CD001005.
3. Grilli R, Ramsay C, Minozzi S. Mass media interventions: effects on health services utilization. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2002, (1):CD000389.
4. Swider SM. Outcome effectiveness of community health workers: an integrative literature review. *Public Health Nursing*, 2002, 19:11–20.
5. Schaffer SD, Tian L. Promoting adherence: effects of theory-based asthma education. *Clinical Nursing Research*, 2004, 13: 69–89.
6. Savage I, Goodyer L. Providing information on metered dose inhaler technique: is multimedia as effective as print? *Family Practitioner*, 2003, 20:552–557.
7. Krishna S et al. Clinical trials of interactive computerized patient education: implications for family practice. *Journal of Family Practice*, 1997, 45:25–33.
8. Simpson EL, House AO. Involving users in the delivery and evaluation of mental health services: a systematic review. *British Medical Journal*, 2002, 325:1265–1268.
9. Barlow JH et al. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Education and Counselling*, 2002, 48:177–187.
10. Appleby J, Harrison A, Devlin N. *What is the real cost of more patient choice?* London, King's Fund, 2003.
11. Guerci B et al. Self-monitoring of blood glucose significantly improves metabolic control in patients with type 2 diabetes mellitus: the Auto-Surveillance Intervention Active (ASIA) study. *Diabetes Metabolism*, 2003, 29:587–594.
12. Cappuccio FP et al. Blood pressure control by home monitoring: meta-analysis of randomised trials. *British Medical Journal*, 2004, 329:145.
13. Currell R, Urquhart C. Nursing record systems: effects on nursing practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2003, (3):CD002099.
14. Banet GA, Felchlia MA. The potential utility of a shared medical record in a first-time stroke population. *Journal of Vascular Nursing*, 1997, 15:29–33.

15. Benatar D et al. Outcomes of chronic heart failure. *Archives of Internal Medicine*, 2003, 163:347–352.
16. Piette JD. Interactive voice response systems in the diagnosis and management of chronic disease. *American Journal of Managed Care*, 2000, 6:817–827.
17. Montori VM et al. Telecare for patients with type 1 diabetes and inadequate glycemic control: a randomized controlled trial and meta-analysis. *Diabetes Care*, 2004, 27:1088–1094.
18. Sulch D et al. Randomized controlled trial of integrated (managed) care pathway for stroke rehabilitation. *Stroke*, 2000, 31:1929–1934.
19. Kwan J, Sandercock P. In-hospital care pathways for stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2004, (4):CD002924.
20. *Implementing clinical practice guidelines*. York, NHS Centre for Reviews and Dissemination, 1994.
21. Hunt SA et al. ACC/AHA 2005 guideline update for the diagnosis and management of chronic heart failure in the adult: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Update the 2001 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure). *Journal of the American College of Cardiology*, 2005, 46:1–82.
22. Feifer C et al. System supports for chronic illness care and their relationship to clinical outcomes. *Top Health Information and Management*, 2001, 22:65–72.
23. McCowan C et al. Lessons from a randomized controlled trial designed to evaluate computer decision support software to improve the management of asthma. *Medical Informatics and the Internet in Medicine*, 2001, 26:191–201.
24. Meigs JB et al. A controlled trial of web-based diabetes disease management: the MGH diabetes primary care improvement project. *Diabetes Care*, 2003, 26:750–757.
25. Stroebel RJ et al. A randomized trial of three diabetes registry implementation strategies in a community internal medicine practice. *Joint Committee Journal of Quality Improvement*, 2002, 28:441–450.
26. Renders CM et al. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2001, (1):CD001481.
27. Gohdes D et al. Improving diabetes care in the primary health setting: the Indian Health Service experience. *Annals of Internal Medicine*, 1996, 124(1 Pt 2):149–152.

28. Stanley E, ed. *Managing chronic disease. What can we learn from the US experience?* London, King's Fund, 2004.
29. Stuck AE et al. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet*, 1993, 342:1032–1036.
30. Mukamel D et al. The effect of accurate patient screening on the cost-effectiveness of case management programs. *Gerontologist*, 1997, 37:777–784.
31. Smith SM, Allwright S, O'Dowd T. Effectiveness of shared care across the interface between primary and specialty care in chronic disease management. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, (3):CD004910.
32. Griffin S. Diabetes care in general practice: meta-analysis of randomised control trials. *British Medical Journal*, 1998, 317:390–396.
33. Griffin S, Kinmonth AL. Systems for routine surveillance for people with diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2000, (3):CD000541.
34. Wagner EH et al. A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature? *Managed Care Quarterly*, 1999, 7(3):56–66.
35. Gruen RL et al. Specialist outreach clinics in primary care and rural hospital settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2004, (1):CD003798.
36. Briggs CJ, Capdegelle P, Garner P. Strategies for integrating primary health services in middle- and low-income countries: effects on performance, costs and patient outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2001, (4):CD003318.
37. Cole MG. The impact of geriatric post-discharge services on mental state. *Age and Ageing*, 2001, 30:415–418.
38. Mitchell G, Del Mar C, Francis D. Does primary medical practitioner involvement with a specialist team improve patient outcomes: a systematic review. *British Journal of General Practice*, 2002, 52:934–939.
39. Vliet Vlieland TP, Hazes JM. Efficacy of multidisciplinary team care programs in rheumatoid arthritis. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 1997, 27:110–122.
40. Ahmed A. Quality and outcomes of heart failure care in older adults: role of multidisciplinary disease-management programs. *Journal of the American Geriatric Society*, 2002, 50:1590–1593.
41. McAlister FA et al. Randomised trials of secondary prevention programmes in coronary heart disease: systematic review. *British Medical Journal*, 2001, 323:957–962.

42. Peterson J, Atwood JR, Yates B. Key elements for church-based health promotion programs: outcome-based literature review. *Public Health Nursing*, 2002, 19:401–411.
43. Leveille SG et al. Preventing disability and managing chronic illness in frail older adults: a randomized trial of a community-based partnership with primary care. *Journal of the American Geriatric Society*, 1998, 46:1191–1198.
44. Robertson MK, Umble KE, Cervero RM. Impact studies in continuing education for health professions: update. *Journal of Continuing Education of Health Professionals*, 2003, 23:146–156.
45. Weingarten SR et al. Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness – which ones work? Meta-analysis of published reports. *British Medical Journal*, 2002, 325:925–932.
46. Davis D et al. Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? *Journal of the American Medical Association*, 1999, 282:867–874.
47. *Therapeutic patient education. Continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998 (<http://www.euro.who.int/document/e63674.pdf>, accessed 15 May 2008).
48. Rossiter LF et al. The impact of disease management on outcomes and cost of care: a study of low-income asthma patients. *Inquiry*, 2000, 37:188–202.
49. Davis DA et al. Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *Journal of the American Medical Association*, 1995, 274:700–705.
50. *Innovative care for chronic conditions: building blocks for action.* Geneva, World Health Organization, 2002 (<http://www.who.int/diabetesactiononline/about/iccreport/en/index.html>, accessed 15 May 2008).
51. Jamtvedt G et al. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, (2):CD000259.
52. Johnston G et al. Reviewing audit: barriers and facilitating factors for effective clinical audit. *Quality in Health Care*, 2000, 9:23–36.
53. Mugford M, Banfield P, O'Hanlon M. Effects of feedback of information on clinical practice: a review. *British Medical Journal*, 1991, 303:398–402.

Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро
Scherfigsvej 8,
DK-2100 Copenhagen Ø,
Denmark
Тел.: +45 39 17 17 17.
Факс: +45 39 17 18 18.
Эл. адрес: postmaster@euro.who.int
Веб-сайт: <http://www.euro.who.int>

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

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

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ)

Европейское региональное бюро ВОЗ является авторитетным источником фактических данных для руководителей высшего звена из 53 государств - членом Европейского региона ВОЗ. СФДЗ предоставляет оперативные ответы на вопросы стратегического значения, относящиеся к общественному здравоохранению, медицинской помощи и системам здравоохранения. Эти ответы могут быть изложены в виде основанных на фактических данных докладов, аналитических обзоров, резюме или информационного записки. Кроме того, через свой сайт (<http://www.euro.who.int/hen>) СФДЗ позволяет пользователям иметь легкий доступ к фактическим данным и информации из ряда сайтов, баз данных и документов.

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

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