

Новаторские методы оказания помощи при хронических состояниях: Основные элементы для действий

ГЛОБАЛЬНЫЙ ДОКЛАД



ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

...Привержены делу улучшения здравоохранения

Innovative care for chronic conditions: building blocks for actions : global report.

1.Chronic disease 2.Delivery of health care, Integrated 3.Long-term care 4.Public policy 4.Consumer participation 5.Intersectoral cooperation 6.Evidence-based medicine I.World Health Organization.

ISBN 92 4 459017 4

(NLM classification: WT 31)

© Всемирная организация здравоохранения 2003

Все права зарезервированы. Публикации Всемирной организации здравоохранения могут быть получены в Отделе сбыта и распространения, Всемирная организация здравоохранения, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (тел.: +41 22 791 2476; факс: +41 22 791 4857; электронная почта: bookorders@who.int). Запросы для получения разрешения на воспроизведение или перевод публикаций ВОЗ - будь то для продажи или для некоммерческого распространения - следует направлять в Отдел публикаций по указанному выше адресу (факс: +41 22 791 4806; электронная почта: permissions@who.int).

Обозначения, используемые в настоящем издании, и приводимые в нем материалы ни в коем случае не выражают мнение Всемирной организации здравоохранения о юридическом статусе какой-либо страны, территории, города или района, их правительствах или их границах. Пунктирными линиями на картах показаны приблизительные границы, в отношении которых пока еще не достигнуто полного согласия.

Упоминание конкретных компаний или продукции некоторых изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения отдает им предпочтение по сравнению с другими, которые являются аналогичными, но не упомянуты в тексте. Исключая ошибки и пропуски, наименования патентованной продукции выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения не гарантирует, что информация, содержащаяся в настоящей публикации, является полной и правильной, и не несет ответственности за любой ущерб, возникший в результате ее использования.



Содержание

Введение	5
Резюме	6
1 Хронические состояния: Задача здравоохранения на XXI столетие	12
2 Существующие системы не предназначены для лечения хронических заболеваний	27
3 Новаторские методы оказания помощи: Решение задачи, связанной с хроническими состояниями.....	37
4 Принятие мер для улучшения помощи при хронических состояниях.....	62
Приложение: Новаторские подходы оказания помощи: Фактические данные систематических исследований для рандомизированных испытаний.....	83



Настоящий доклад составлен под руководством JoAnne Epping-Jordan, Медицинская помощь при хронических состояниях. Он является первым ключевым компонентом состоящей из трех частей стратегии ВОЗ по улучшению предупреждения и ведения хронических состояний в системах здравоохранения. Контроль над этой стратегией осуществляют Rafael Bengoa, Директор, Ведение неинфекционных болезней, и Derek Yach, Исполнительный директор, Неинфекционные болезни и психическое здоровье.

Тремя проектами ВОЗ в области медицинской помощи при хронических состояниях, связанными с этой стратегией, являются:

- ⊕ Новаторские методы оказания помощи при хронических состояниях (под руководством JoAnne Epping-Jordan)
- ⊕ Улучшение соблюдения курса лечения (под руководством Eduardo Sabaté)
- ⊕ Первичная медико-санитарная помощь при хронических состояниях (под руководством Rania Kawar)

Техническую поддержку настоящему докладу оказала вся группа ВОЗ по вопросам хронических состояний, а также целый ряд других сотрудников ВОЗ. Административную поддержку оказала Elmira Adenova, Медицинская помощь при хронических состояниях.

Авторы: Sheri Pruitt (основной автор); Steve Annandale, JoAnne Epping-Jordan, Jesús M. Fernández Díaz, Mahmud Khan, Adnan Kisa, Joshua Klapow, Roberto Nuño Solinis, Srinath Reddy и Ed Wagner (дополнительные авторы).

Примеры отдельных случаев представили: Shitaye Alemu, Fu Hua, David Green, Desiree Narvaez, Jean Penny, Masoud Pezeshkian, Prema Ramachandran, Pat Rutherford и Judith Sefiwa

Подготовка к совещанию по Структуре новаторских методов оказания помощи при хронических состояниях: Peter Key

ВОЗ чрезвычайно признательна многим политикам, лидерам здравоохранения и другим экспертам, которые выделили время для предоставления замечаний и предложений по этому докладу на различных стадиях его подготовки.

Выпуск настоящего доклада стал возможным благодаря щедрой финансовой поддержке правительств Норвегии, Финляндии и Швейцарии, а также страховой компании Швейцарии "Winterthur Swiss Insurance Company".

Введение

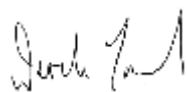
Доклад Комиссии по макроэкономике и здоровью, а также последующий доклад ВОЗ Увеличение масштабов ответных действий на инфекционные болезни: выход из бедности документально подтвердили наличие бесспорных связей между здоровьем и экономическим развитием, а также увеличение потребностей в медицинской помощи при инфекционных болезнях, таких как ВИЧ/СПИД и туберкулез. В целом ведение всех хронических состояний - неинфекционных болезней, долгосрочных психических расстройств, некоторых инфекционных болезней - является одной из крупнейших задач, стоящих перед системами здравоохранения во всем мире. В настоящее время на хронические состояния приходится 60% глобального бремени болезней. Они увеличиваются быстрыми темпами, и можно ожидать, что к 2020 г. 80% бремени болезней в развивающихся странах будет приходиться на хронические проблемы. В этих странах соблюдение режимов лечения составляет всего лишь 20%, что приводит к плохим результатам в отношении здоровья при очень высокой стоимости для общества, правительств и семей. Однако во всем мире системы здравоохранения не имеют плана для ведения хронических состояний и лишь лечат симптомы, когда они проявляются.

Признавая возможность улучшения медицинской помощи при хронических состояниях, ВОЗ начала новую программу *Новаторские методы оказания помощи при хронических состояниях*. В ходе первого этапа этого проекта были определены, проанализированы и объединены наилучшие виды практики и доступные модели медико-санитарной помощи при хронических состояниях. В этом процессе приняли участие ряд международных экспертов, организаций и учреждений.

Доклад Новаторские методы оказания помощи при хронических состояниях: основные элементы для действий является результатом этих усилий – всеобъемлющими рамками для обновления медицинской помощи в целях удовлетворения потребностей хронических состояний. Предложенные основные элементы и общая структура относятся как к профилактике, так и к ведению болезней в медицинских учреждениях. Это особенно важно в связи с тем фактом, что большинство хронических состояний поддаются профилактике. На одном из международных совещаний, посвященных рассмотрению этих вопросов, политики признали, что эти стратегии, а также общая структура являются обоснованными в целом ряде сценариев, с которыми могут столкнуться развивающиеся страны, включая эпидемию ВИЧ/СПИДа, утечку квалифицированных кадров в частный сектор, повсеместный развал экономической системы и смену правительства. Участники также признали, что эта структура применима к различным хроническим состояниям, включая ВИЧ/СПИД, туберкулез, сердечно-сосудистые заболевания, диабет и долговременные психические расстройства.

Следующие шаги на пути реализации этого проекта включают демонстрационные проекты по осуществлению стратегий, описанных в настоящем докладе, на уровне стран. Этот процесс будет осуществлен в тесном сотрудничестве с партнерами общественного здравоохранения.

Настоящий доклад представляет собой важный шаг в направлении подготовки политиков, плановых органов служб здравоохранения и других соответствующих сторон к принятию мер, которые позволят уменьшить опасности хронических состояний для здоровья их граждан, систем здравоохранения и экономики.



Derek Yach
Исполнительный директор, Неинфекционные болезни и психическое здоровье

Резюме

Резкое увеличение распространенности хронических состояний, включая неинфекционные болезни, психические расстройства, некоторые инфекционные болезни, такие как ВИЧ/СПИД, требует новых действий. Всемирная организация здравоохранения составила настоящий доклад, *Новаторские методы оказания помощи при хронических состояниях: основные элементы для действий*, чтобы обратить внимание лиц, принимающих решения во всем мире, на эти важные изменения в глобальном здравоохранении и предложить решения в области здравоохранения для преодоления этого растущего бремени. Лица, принимающие решение, могут улучшить возможности системы здравоохранения по рассмотрению растущей проблемы хронических состояний. Сегодняшний выбор повлияет на будущее.

Помимо лиц, разрабатывающих политику в области здравоохранения, лица, заинтересованные в оказании влияния и способные оказать влияние на системы здравоохранения на национальном и/или местном уровнях (например, министры финансов и планирования, доноры и учреждения по развитию), поощряются к тому, чтобы внимательно ознакомиться с информацией, содержащейся в настоящем докладе в отношении хронических состояний. Эта информация является своевременной и подходящей для всех стран, независимо от имеющихся ресурсов.

Прогресс в решении биомедицинских и поведенческих проблем значительно повысил способность эффективно предупреждать и контролировать такие состояния, как диабет, сердечно-сосудистые болезни, ВИЧ/СПИД и рак. Все больший объем информации во всем мире свидетельствует о том, что если пациенты получают эффективное лечение, поддержку в отношении самостоятельного преодоления болезни, а также проходят регулярный контроль, они чувствуют себя лучше. Имеющаяся информация свидетельствует также о том, что организованные системы помощи, а не только отдельные работники здравоохранения, имеют важное значение в достижении положительных результатов.

В развивающихся странах хронические состояния присутствуют главным образом на уровне первичной медико-санитарной помощи и преодолевать их необходимо в основном в учреждениях по оказанию такой помощи. Однако большая часть учреждений медико-санитарной помощи ориентирована на решение острых проблем и неотложных потребностей пациентов. В качестве части общих усилий, направленных на улучшение, развитие первичной медико-санитарной помощи является обязательным условием. Система первичной помощи, которая не может эффективно справляться с проблемами ВИЧ/СПИДа, диабета и депрессии, очень быстро станет устаревшей. Первичную медико-санитарную помощь следует усилить, чтобы лучше предупреждать и преодолевать хронические состояния.

Улучшение медицинской помощи при хронических состояниях также означает сосредоточение внимания на соблюдении режимов долгосрочного лечения. Больным с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом, диабетом, гипертонией и другими хроническими состояниями часто назначаются основные лекарственные средства в рамках их общего плана ведения болезни. Однако соблюдение долгосрочных режимов лечения является очень низким. Несмотря на то, что вина за несоблюдение режимов лечения часто возлагается на самих пациентов, несоблюдение этих режимов в основном является неудачей системы здравоохранения. Медицинская помощь, которая обеспечивает надлежащую информацию, поддержку и постоянный контроль, может улучшить соблюдение, которое, в свою очередь, уменьшит бремя хронических состояний и улучшит качество жизни пациентов.

Лица, принимающие решения, могут предпринять действия, которые уменьшат опасности хронических состояний, создаваемые для здоровья их граждан, их систем здравоохранения и экономики страны. Такие действия в отношении финансирования, распределения ресурсов и планирования медицинской помощи могут значительно уменьшить отрицательные



последствия. Располагая основными элементами для улучшения, информированные лица, принимающие решения, могут изменить ситуацию.

Восемью основными элементами для принятия мер являются следующие:

1. ПОДДЕРЖКА ИЗМЕНЕНИЮ ПАРАДИГМЫ

Медицинская помощь организована вокруг модели оказания помощи в острых, эпизодических ситуациях, и эта модель более не отвечает потребностям многих пациентов, особенно имеющих хронические состояния. Уменьшение распространенности инфекционных болезней и быстрое старение населения привели к такому несоответствию между проблемами здоровья и медицинской помощью, стала увеличиваться распространенность хронических состояний. Пациенты, работники здравоохранения и, что важнее всего, лица, принимающие решения, должны признать, что эффективная помощь при хронических состояниях требует системы медицинской помощи другого вида. Наиболее распространенные проблемы здоровья, такие как диабет, астма, сердечные заболевания и депрессия, требуют более широкого и регулярного контакта с медицинской помощью. Новая парадигма значительно продвинет вперед усилия по решению проблемы удовлетворения различных потребностей пациентов в условиях ограниченных ресурсов. С помощью новаторских методов системы здравоохранения могут увеличить до максимума отдачу от скудных и, как иногда представляется, отсутствующих ресурсов посредством изменения услуг для охвата помощи при хронических состояниях.

2. ИЗМЕНЕНИЕ ПОЛИТИЧЕСКОЙ СРЕДЫ

Разработка политики и планирование услуг неизбежно происходят в политическом контексте. В этой связи необходимо принимать во внимание лиц, принимающих политические решения, лидеров здравоохранения, пациентов и их семей, членов общины, а также организации, которые их представляют. Каждая группа будет иметь свои ценности, интересы и сферу влияния. Для успешного сдвига в направлении оказания помощи при хронических состояниях важно начать двусторонний обмен информацией и создать консенсус и политическую приверженность среди указанных участников на каждом этапе.

3. СОЗДАНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Системы здравоохранения должны предохраняться от фрагментации служб. Необходимо объединить помощь при хронических состояниях, чтобы обеспечить обмен информацией между учреждениями и провайдерами и ускорить обмен такой информацией (начиная с первого контакта пациента). Интеграция включает также координацию финансирования во всех отраслях медицинской помощи (например, больничной и амбулаторной помощи и фармацевтических служб), включая усилия по профилактике и привлекая ресурсы общины, которые могут усилить общие службы медицинской помощи. Результатом комплексных служб является улучшение здоровья, уменьшение потерь, увеличение эффективности и меньше разочарований у пациентов.

4. СОГЛАСОВАНИЕ ПОЛИТИКИ СЕКТОРОВ В ЦЕЛЯХ УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ

В рамках правительства различные органы создают политику и стратегии, которые влияют на здоровье. Необходимо проанализировать и согласовать политику всех секторов в целях достижения максимальных результатов в отношении здоровья. Медицинская помощь может и должна быть приведена в соответствие с практикой труда (например, посредством обеспечения безопасных условий работы), сельскохозяйственными нормами (например, посредством контроля за применением пестицидов), образованием (например, посредством обучения навыкам укрепления здоровья в школах) и более широкими юридическими рамками.



5. БОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЕРСОНАЛА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Провайдеры медицинских услуг, персонал общественного здравоохранения и те, кто оказывает поддержку учреждениям здравоохранения, нуждаются в новых, групповых моделях и основанных на фактических данных навыках преодоления хронических состояний. При оказании помощи пациентам с хроническими проблемами необходимы более совершенные навыки общения, методы изменения поведения, просвещение пациентов и навыки консультирования. Безусловно, для оказания таких услуг медицинским работникам необязательно иметь дипломы врача. Важную роль в этом могут сыграть работники здравоохранения со средним образованием, а также подготовленные добровольцы.

6. СОСРЕДОТОЧЕНИЕ ПОМОЩИ НА ПАЦИЕНТАХ И СЕМЬЯХ

Поскольку преодоление хронических состояний требует изменения образа жизни и повседневного поведения, основное внимание должно обращаться на центральную роль и ответственность пациента в области медицинской помощи. Такой акцент в работе на пациенте является важным сдвигом в нынешней клинической практике. В настоящее время системы возлагают на пациента роль пассивного получателя помощи, упуская возможность усилить то, что он сам может сделать для укрепления своего здоровья. Медицинская помощь при хронических состояниях должна быть переориентирована на пациента и его семью.

7. ОКАЗАНИЕ ПОДДЕРЖКИ ПАЦИЕНТАМ В ОБЩИНАХ

Медицинская помощь пациентам с хроническими состояниями не заканчивается и не начинается на пороге клиники. Она должна простираться за пределы стен клиники и пронизывать всю жизнь пациента и условия его работы. Для успешного ведения хронических состояний пациенты и семьи нуждаются в услугах и поддержке со стороны их общин. Кроме того, общины могут заполнить серьезные пробелы в медицинских услугах, которые не обеспечиваются организованной медицинской помощью.

8. ОСОБОЕ ВНИМАНИЕ ПРОФИЛАКТИКЕ

Большинство хронических состояний поддаются профилактике. Кроме того, многие осложнения хронических состояний могут быть предотвращены. Стратегии сокращения возможности наступления болезни и осложнений включают раннее выявление, увеличение физической активности, сокращение употребления табака и ограничение нездорового питания в течение продолжительного времени. Профилактика должна стать компонентом каждого мероприятия, проводимого в рамках медицинской помощи.

Краткое содержание доклада

В **Разделе 1** для читателя вводится термин "хронические состояния", который описывает проблемы здоровья, продолжающие существовать на протяжении определенного времени и требующие определенной медицинской помощи. Диабет, сердечные заболевания, депрессия, шизофрения, ВИЧ/СПИД и длительные нарушения физического состояния подпадают в категорию хронических состояний. В этом разделе кратко излагаются обоснование обновленного определения и концептуализация того, что представляет собой хроническое состояние.

Распространенность хронических состояний увеличивается во всем мире. В результате успешных действий общественного здравоохранения население стареет, и все больше пациентов живут с одним или большим числом хронических состояний в течение десятилетий. Урбанизация, нездоровый образ жизни и глобальный маркетинг таких вредных для здоровья изделий, как табак, являются факторами, способствующими увеличению их распространенности. Это создает новые и долгосрочные требования к системам здравоохранения. К 2020 г. хронические состояния будут не только ведущими причинами инвалидности во всем мире; если они не будут успешно преодолены, они станут самыми



дорогостоящими проблемами, с которыми будут сталкиваться системы здравоохранения. В этом отношении они представляют собой угрозу для всех стран с точки зрения здоровья и экономики. Хронические состояния являются взаимозависимыми и взаимосвязанными с бедностью, и они осложняют оказание медицинской помощи в развивающихся странах, перед которыми в настоящее время стоит большое число нерешенных проблем, связанных с острыми инфекционными болезнями, недостаточностью питания и здоровьем матерей.

В **Разделе 2** рассматриваются недостатки нынешних систем здравоохранения, препятствующие успешному преодолению хронических состояний. Системы здравоохранения развивались вокруг концепции инфекционных заболеваний и действуют наилучшим образом при решении эпизодических и неотложных проблем пациентов. Однако парадигма неотложной помощи более не является адекватной для решения изменяющихся проблем здоровья в современном мире. Страны как с высокими, так и с низкими доходами расходуют миллиарды долларов на госпитализацию, в которой нет необходимости, на дорогостоящие технологии и на сбор бесполезной клинической информации. До тех пор пока модель неотложной помощи будет доминировать в системах здравоохранения, расходы на медицинскую помощь будут увеличиваться и впредь, а улучшения в состоянии здоровья населения происходить не будут.

Микро-, мезо- и макроуровни относятся, соответственно, к уровню взаимодействия с пациентом, уровню учреждения здравоохранения и общины, а также к политическому уровню. Эволюция необходима на каждом уровне. Повышенное внимание к поведению пациентов и передаче информации среди работников здравоохранения имеет важное значение для улучшения помощи при хронических состояниях. Помощь при таких состояниях должна координироваться на основе научных данных, которые определяют практические действия. Ресурсы общины должны быть объединены для получения значительных преимуществ. Учреждения здравоохранения должны упорядочить службы, повысить навыки работников здравоохранения, сосредоточиться на профилактике и создать системы поиска информации для оказания плановой медицинской помощи при предсказуемых осложнениях. Правительствам необходимо принимать информированные решения в отношении своего населения и установить стандарты качества и стимулы в медицинской помощи. Следует координировать финансирование и укреплять межсекторальные связи.

В **Разделе 3** представлена новая структура для систем здравоохранения, предназначенная для улучшения помощи при хронических состояниях. *Структура новаторских методов оказания помощи при хронических состояниях* (Innovative Care for Chronic Conditions Framework) включает фундаментальные компоненты на уровнях пациента (микроуровень), учреждения здравоохранения, общины (мезоуровень), и на политическом уровне (макроуровень). Эти компоненты описываются как "основные элементы", которые могут быть использованы для построения или перестройки системы здравоохранения в целях более эффективного решения долгосрочных проблем здоровья. Лица, принимающие решения, могут использовать эти основные элементы для создания новых систем, инициирования реформы существующих систем или составления стратегических планов в отношении будущих систем. Ряд стран осуществили новаторские программы в отношении хронических состояний с помощью основных элементов этой структуры. Они представлены как примеры реального успеха в мире.

Структура новаторских методов оказания помощи при хронических состояниях (см. таблицу на стр. 61) сосредоточена на идее о том, что оптимальные результаты получаются в том случае, когда образуется *триада медицинской помощи*. Этой триадой является партнерство между пациентами/и их семьями, учреждениями здравоохранения, и партнерами в общине. Наилучшим образом она функционирует в тех случаях, когда каждый участник обладает информацией, имеет мотивацию и готов преодолевать хронические состояния, обменивается информацией и сотрудничает с другими членами триады на всех уровнях оказания помощи. Влияние и поддержку этой триаде оказывает более крупное учреждение



здравоохранения, более крупная община и политическая среда. Если интеграция компонентов является оптимальной, пациент и семья становятся активными участниками оказания помощи при хронических состояниях, и поддержку им оказывают община и учреждения здравоохранения.

Раздел 4 содержит конкретные стратегии создания новаторских методов оказания помощи при хронических состояниях. В нем описаны восемь основных элементов улучшения помощи, а для лиц, принимающих решения, указаны также стратегии в отношении того, где начинать работу по внесению изменений для улучшения помощи при хронических проблемах.

В большинстве учреждений проблемой является нехватка ресурсов для медицинской помощи. Тем не менее, имеется ряд механизмов финансирования, которые можно рассмотреть для получения новых ресурсов в целях оказания помощи при хронических состояниях. Лица, принимающие решения, могут также улучшить результаты в отношении хронических состояний посредством использования существующих ресурсов для оказания более справедливой и эффективной помощи. Посредством преодоления хронических состояний более всеобъемлющим образом можно свести к минимуму обострение острых симптомов, что приведет к большей эффективности медицинской помощи.

Независимо от уровня ресурсов, каждая система здравоохранения может принять меры для улучшения медицинской помощи при хронических состояниях. Ресурсы являются необходимыми, но не достаточными для успеха. Лидерство в сочетании с готовностью внести изменения и принять новаторские методы окажут гораздо большее воздействие, чем простое добавление капитала к уже не эффективным системам медицинской помощи.

В **Приложении** содержатся взятые из научной литературы примеры результатов новаторских программ. Фактические данные, взятые из тематических исследований для рандомизированных испытаний, являются убедительными даже на ранних стадиях развития. Те, кто заинтересован в улучшении помощи при хронических состояниях, или те, кто представляет убедительные аргументы в отношении эффективности новаторских подходов, могут получить полезную информацию в результате рассмотрения этих исследований. Данные демонстрируют тот факт, что новаторские программы успешно улучшают биологические показатели болезней; уменьшают число случаев смерти; экономят деньги и ресурсы медицинской помощи; изменяют образ жизни пациентов и способности самоконтроля или самостоятельного преодоления болезни; улучшают функционирование, производительность и качество жизни, а также улучшают процессы оказания помощи.



Резюме

Хронические состояния сами не проходят; их преодоление является задачей для здравоохранения нынешнего столетия. Изменение хода их развития потребует решительных усилий со стороны лиц, принимающих решения, и руководителей здравоохранения всех стран мира. К счастью, имеются известные эффективные стратегии для сокращения их распространенности и уменьшения их отрицательного воздействия.

Решение состоит в том, чтобы принять новый образ мышления относительно преодоления хронических состояний. Посредством нововведений системы здравоохранения могут довести до максимума отдачу от скудных и, как иногда представляется, несуществующих ресурсов посредством сдвига от модели неотложной помощи к модели оказания помощи в хронических случаях. Многие страны осуществляют этот сдвиг и начинают разработку новаторских программ оказания помощи при хронических состояниях.

Небольшие шаги являются такими же важными, как и изучение всей системы. Те, кто выбирает изменения, крупные или небольшие, получают преимущества сегодня и создают основу для успеха в будущем.



Раздел 1

Хронические состояния: Задача здравоохранения на XXI столетие

Хронические состояния являются проблемами здоровья, которые *требуют постоянного лечения в течение многих лет или десятилетий*. Рассматриваемые в этой перспективе "хронические состояния" охватывают чрезвычайно широкую категорию того, что может проявиться как крайне важная проблема, связанная со здоровьем. Однако персистирующие инфекционные (например, ВИЧ/СПИД) и неинфекционные болезни (например, сердечно-сосудистые болезни, рак и диабет), определенные психические расстройства (например, депрессия и шизофрения), а также длительные структурные расстройства (например, ампутация, слепота и поражение суставов), хотя и выглядят по-разному, все попадают в категорию хронических состояний.

Хронические состояния имеют общие основные черты: они устойчивы и требуют некоторого уровня медицинского лечения в течение определенного времени. Кроме того, хронические состояния имеют некоторые, вызывающие беспокойство, аспекты:

- ⊕ Распространенность хронических состояний возрастает во всем мире, и ни одна страна не свободна от их воздействия.
- ⊕ Хронические состояния создают серьезную проблему в отношении действенности и эффективности существующих систем здравоохранения и являются проверкой наших способностей организовать системы для удовлетворения неизбежных потребностей.
- ⊕ Хронические состояния во все большей степени вызывают серьезные экономические и социальные последствия во всех регионах и угрожают ресурсам здравоохранения во всех странах мира.
- ⊕ Хронические состояния можно ограничить, но лишь в том случае, когда руководители в правительстве и здравоохранении воспринимают изменения и новаторство.

Новое расширенное определение хронических состояний

Термин "хронические состояния" включает, но имеет более широкое значение, чем традиционный термин "неинфекционные болезни" (например, сердечные заболевания, диабет, рак и астма) с включением некоторых инфекционных болезней. Рассмотрим инфекционную болезнь ВИЧ/СПИД. Где-то около десяти лет назад этот диагноз означал высокую вероятность неминуемой смерти. Однако благодаря достижениям в медицинской науке ВИЧ/СПИД превратился в проблему, связанную со здоровьем, с которой люди могут жить и эффективно лечиться в течение ряда лет. Туберкулез (ТБ) является еще одним примером инфекционной или передаваемой болезни, в отношении которой успехи медицинской технологии привели к аналогичному достижению. Хотя ТБ во многих случаях можно излечить, многие люди лечат ТБ в течение длительного времени лишь с помощью системы медицинской помощи.

Когда инфекционные болезни становятся хроническими проблемами, разграничение между неинфекционными и инфекционными болезнями становится искусственным и затруднительным. Действительно, для описания всего спектра проблем, связанных со здоровьем, различие между неинфекционными и инфекционными болезнями не имеет такого практического значения, как использование терминов: острое и хроническое заболевание.



Рассмотрение психических расстройств и нарушений физического состояния расширяет традиционные понятия в отношении того, что является хроническим состоянием. Депрессия и шизофрения являются примерами расстройств, которые чаще всего принимают хронический характер. Они усиливаются и ослабевают в плане тяжести и требуют долгосрочного мониторинга и лечения. Депрессия вызывает особую обеспокоенность в связи с тем, что к 2020 г. ее будут превосходить в плане вызываемой ею инвалидности лишь сердечные заболевания. Влияние на личность, а также социально-экономическое влияние депрессии будет существенным. Инвалидность, связанная с физическим состоянием, или "структурные проблемы", включая слепоту или ампутацию, часто являются результатом неправильной профилактики или лечения хронических состояний. Независимо от причины они сами по себе являются хроническими состояниями и требуют изменений в образе жизни и медицинского лечения в течение определенного периода времени. Проблемы, связанные с постоянными болями по различным причинам, также попадают в категорию хронических состояний.

Таким образом, хронические состояния больше не рассматриваются в привычном смысле (например, не ограничиваются сердечными заболеваниями, диабетом, раком и астмой), не рассматриваются изолированно и не считаются особыми нарушениями. Требования, предъявляемые к пациентам, семьям и системе здравоохранения, являются аналогичными, поэтому фактически сопоставимые стратегии лечения эффективны в отношении всех хронических состояний, выявляя в них больше сходства, чем различий. Поэтому хронические состояния включают:

- ⊕ неинфекционные состояния
- ⊕ персистирующие инфекционные состояния
- ⊕ долговременные психические расстройства
- ⊕ постоянные нарушения физического состояния/структурные нарушения.

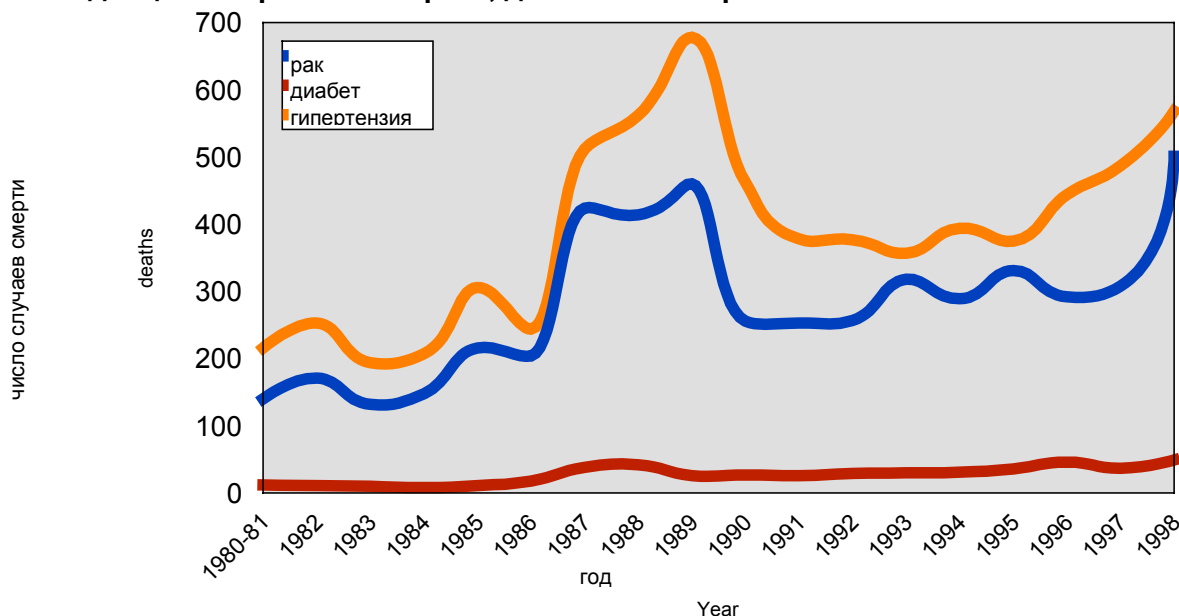
Увеличение распространенности хронических состояний

Распространенность хронических состояний возрастает тревожными темпами. Рост числа неинфекционных состояний и психических расстройств вызывает наибольшую обеспокоенность, охватывая страны как с высокими, так и с низкими уровнями доходов. Это явное изменение в проблемах, связанных со здоровьем, – переход от инфекционных и перинатальных состояний к хроническим проблемам здоровья – имеет долгосрочные последствия и вызывает предсказуемую и значительную угрозу для всех стран.

Хронические состояния в настоящее время составляют основное бремя здравоохранения в развитых странах, а тенденции в развивающихся странах свидетельствуют об аналогичной вызываемой обеспокоенностью ситуации. Эпидемиологические тенденции свидетельствуют об увеличении распространенности хронических состояний во всем мире.



Тенденции смертности от рака, диабета и гипертонии в Ботсване



Источник: Министерство здравоохранения Ботсваны, Отдел общинных служб, Группа по эпидемиологии и контролю за болезнями

Эпидемиологические данные

Темпы роста распространенности хронических состояний носят устойчивый характер по регионам и социальным классам. Рассмотрим традиционные неинфекционные состояния в качестве примера этого показательного роста. На неинфекционные состояния и психические расстройства приходится 59% общего коэффициента смертности в мире и 46% глобального бремени болезней в 2000 году. Это бремя болезней возрастет до 60% к 2020 г.; наиболее распространенными причинами будут сердечные заболевания, инсульт, депрессия и рак.

К 2020 г. в развивающихся странах на хронические состояния, включая травмы (например, транспортные травмы, ведущие к постоянной инвалидности) и психические расстройства, будет приходиться 78% глобального бремени болезней.

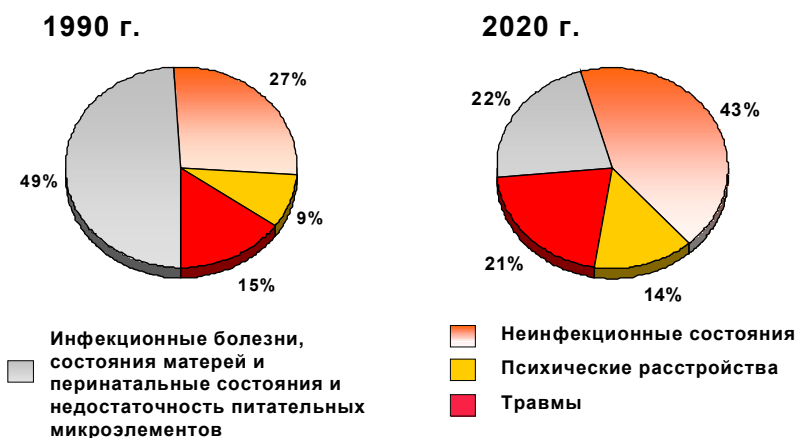
Страны с низкими и средними уровнями доходов будут в наибольшей степени способствовать увеличению бремени болезней, возникающего в результате неинфекционных состояний. Лишь в Китае и Индии регистрируется больше случаев смерти, вызываемых сердечно-сосудистыми заболеваниями, чем во всех вместе взятых других промышленных странах. Фактически в 1998 г. 77% всей смертности, связанной с неинфекционными состояниями, приходилось на регионы с низкими и средними уровнями доходов. Кроме того, на эти районы приходилось 85% глобального бремени болезней. К сожалению, эти страны испытывают наибольшее воздействие хронических состояний, хотя они продолжают заниматься острыми инфекционными болезнями, недостаточностью питания и плохим состоянием здоровья матерей.

Основные причины смерти по регионам, 2000 г. (по категориям)

	Афр.	Амер.	Вост. Среди-земн.	Евр.	Юго-Вост. Азия	Запад. часть Тихого океана
Ишемическая болезнь сердца	8	1	1	1	1	3
Сердечно-сосудистая болезнь	9	2	5	2	5	1
Рак трахеи, бронхов и легких		4		3		5
Диабет		5	12	12	14	
Хроническое обструктивное заболевание легких	3	6	15	5	9	2
Гипертензивная болезнь сердца		10	10	10	12	11
ВИЧ/СПИД	1				8	
ТБ	7		6		6	9
Малярия	3					
Инфекции нижних дыхательных путей	2	3	2	4	2	4

Источник: Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г.

Глобальное бремя болезней в 1990–2020 гг. по группам болезней в развивающихся странах



Источник: Murray & Lopez, Global Burden of Disease, 1996.

Особую обеспокоенность вызывает рост случаев диабета в развивающихся странах. Это хроническое состояние является основным фактором риска, вызывающим сердечные и цереброваскулярные заболевания. Оно зачастую протекает вместе с гипертонзией – еще одним основным фактором риска в отношении хронических проблем. На развивающиеся страны приходится три четверти глобального бремени диабета. Однако число людей с выявленным диабетом увеличится со 135 миллионов в 1995 г. до 300 миллионов в 2025 году. В Индии зарегистрировано поразительное увеличение в два раза.

King H, et al. *Global burden of diabetes, 1995–2025. Diabetes Care* 1998;21:1414-1431.

Проблемы психического здоровья являются пятью из 10 основных причин инвалидности в мире, причем на них приходится 12% общего глобального бремени болезней. В настоящее время более 400 миллионов людей страдают от психических расстройств или нарушений поведения, а с учетом старения населения и ухудшения социальных проблем весьма вероятно увеличение числа диагностированных случаев. Это возрастающее бремя приведет к существенным издержкам в плане страданий, инвалидности и экономических потерь.

Что такое DALY? В случае затяжных проблем, связанных со здоровьем, и вызываемой ими инвалидности "глобальное бремя болезней" является важным средством изучения относительной значимости этого явления. Эта методология представляет собой метрическую систему, называемую годами жизни, скорректированными на инвалидность (DALY), для количественного определения бремени преждевременных случаев смерти и инвалидности. Одна единица DALY рассматривается в качестве одного потерянного года "здоровья", а бремя болезней рассматривается в качестве расхождения между существующим состоянием здоровья человека и состоянием здоровья, которое можно ожидать в старости при хорошем здоровье и отсутствии инвалидности.

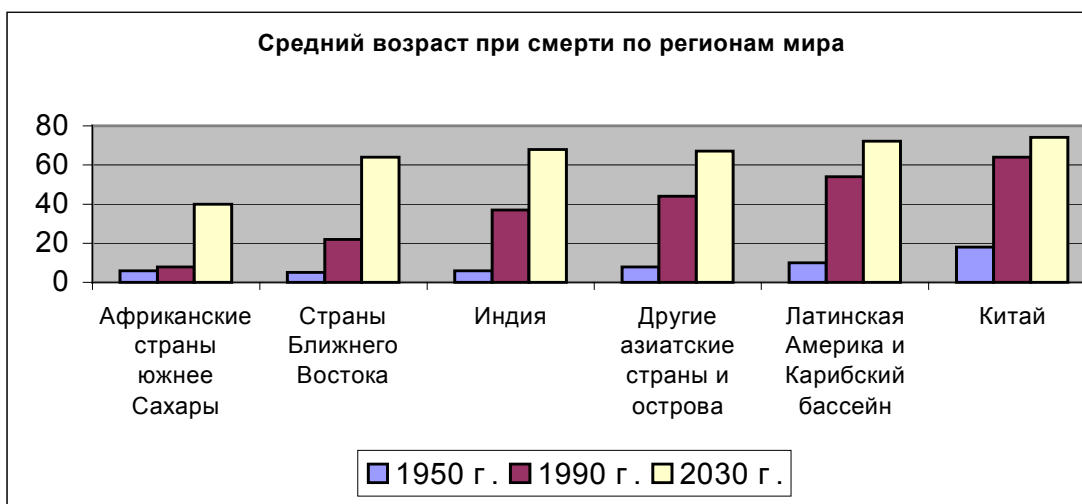
Почему возрастает распространенность хронических состояний?

Демографический переход

Во всем мире падают коэффициенты рождаемости, увеличивается ожидаемая продолжительность жизни и наблюдается старение населения. Например, в 1950-е годы ожидаемое число детей, которых женщина родила бы на протяжении жизненного цикла, составляло шесть; в настоящее время общий коэффициент рождаемости упал до трех. Кроме того, за последнее столетие ожидаемая продолжительность жизни возросла на 30–40 лет в развитых странах. Увеличение продолжительности жизни вызывается частично достижениями в медицинской науке и технологии, а также благодаря успешному осуществлению усилий в области общественного здравоохранения и развития в течение последних ста лет.

Одним из последствий этих изменений в мировой демографии является сопутствующее увеличение заболеваемости и распространенности хронических проблем, связанных со здоровьем. По мере сокращения детской смертности и увеличения ожидаемой продолжительности жизни, а также воздействия риска в отношении хронических проблем, связанных со здоровьем, все больше распространяются хронические условия.





Источник: Данные Всемирного банка, 2000 г.

Любой регион мира может ожидать аналогичные перемены в населении и в проблемах, связанных со здоровьем, но время наступления этих изменений будет различаться по регионам. Будет наблюдаться постоянное изменение в относительном балансе острых и хронических состояний здоровья, сопровождаемых – если не проводить их профилактики – постепенным увеличением распространенности длительных нарушений. Выражаясь другими словами, увеличение продолжительности жизни не ведет неизбежно к увеличению уровней хронических состояний, но действия для предупреждения возникновения хронических проблем необходимы.

Характер потребления и изменение образа жизни

Хорошо известны меняющиеся факторы риска в отношении таких хронических состояний, как сердечные заболевания, цереброваскулярная болезнь, диабет, ВИЧ/СПИД и многие виды рака. Фактически, образ жизни и поведение являются основными детерминантами этих состояний с потенциальными возможностями предупреждения, развития или достижения успехов в плане устранения этих проблем и связанных с ними осложнений. С хроническими состояниями особенно тесно связан образ жизни, который охватывает вредное для здоровья поведение и характер потребления. Употребление табака, длительное и неправильное питание, физическая пассивность, чрезмерное употребление алкоголя, небезопасная сексуальная практика и запущенный психологический стресс являются основными причинами и факторами риска возникновения хронических состояний. К сожалению, мир проходит стадию несомненного преобразования, принимая эти угрожающие здоровью формы поведения.

Употребление табака является примечательным примером воздействия поведения на здоровье. Оно является основной угрозой для здоровья с негативными последствиями, признаваемыми в течение более четырех десятилетий. Употребление табака является причиной многочисленных хронических состояний, включая сердечные заболевания и инсульт, рак и хронические респираторные состояния. Факты, свидетельствующие о том, что оно связано с преждевременной смертью и инвалидностью, не вызывают сомнений, однако распространение точной информации в отношении опасностей употребления табака ограничено, а меры по борьбе против табака являются недостаточными в большинстве частей мира. Фактически потребление табака, хотя и сокращается в развитых странах, в развивающихся странах ежегодно возрастает на 3,4%. Следовательно, 82% всех курящих в настоящее время проживают в странах с низким и средним уровнем доходов. В настоящее время в мире табак является причиной смерти четырех миллионов человек в год. К 2030 г.

он будет причиной смерти 10 миллионов человек в год, и причем более 70% этих случаев смерти будут происходить в развивающихся странах.

Табак будет причиной смерти в большей степени, чем любая другая причина, и системы здравоохранения не смогут позволить себе такую длительную и дорогостоящую помощь.

Д-р Гро Харлем Брундтланд, Всемирная ассамблея здравоохранения, 2001 г.

Вредные изменения в режиме питания, меньшая физическая активность и повышенное употребление незаконных наркотиков могут выглядеть незначительными по сравнению с разрушением, вызываемым табаком. Тем не менее, эти негативные изменения в образе жизни возрастают во всем мире и заслуживают серьезного внимания в контексте хронических проблем, связанных со здоровьем. Все вышеуказанные вредные для здоровья формы поведения являются известными факторами риска в отношении ряда хронических проблем, включая сердечные заболевания, диабет и инсульт. Питание во все большей степени рассматривается в качестве основного детерминанта хронических проблем, связанных со здоровьем.

Урбанизация и глобальный рынок

"Болезни урбанизации" являются термином, приписываемым хроническим состояниям. Число людей, переезжающих в городские районы, постоянно возрастает. С 1950 по 1985 год городское население промышленно развитых стран удвоилось, а в развивающихся странах городское население увеличилось в четыре раза. Города развивающихся стран, где уже проживают огромные группы населения из переселенцев, увеличились еще на 750 миллионов человек в период с 1985 по 2000 год. Проблема, вызываемая таким быстрым ростом населения, связана с отсутствием удобств и систем обслуживания "городской бедноты", которые имеют существенное значение для обеспечения хорошего здоровья. В число этих недостатков входят проблемы с обеспечением жильем, инфраструктура (включая дороги, водопровод, санитарную, осушение участков для строительства и электроснабжение), а также базовые службы (включая сбор бытовых отходов, первичную медико-санитарную помощь, образование и службы по спасению жизни в чрезвычайных ситуациях).

Одновременно с изменением структуры населения в процессе перехода от сельских к городским районам наблюдается резкий рост рекламы и пропаганды вредных для здоровья продуктов в развивающихся странах. Эти регионы являются особенно привлекательными рынками для отраслей промышленности, занимающихся продажей угрожающих здоровью товаров. Отрасли промышленности, производящие табак, алкоголь и пищевые продукты, выбирают страны со слабыми программами по национальному регулированию и медико-санитарному просвещению населения, которые во многих случаях даже и не существуют. Уязвимые страны являются основными целями планов по созданию рынков, которые во многих случаях, по-видимому, служат получению наживы на социальных лишениях. Сочетание лишений и раннего воздействия вредных продуктов, по-видимому, особенно выгодно для компаний, занимающихся сбытом вредных для здоровья товаров. К сожалению, успех этих компаний достигается в результате разрушения, которое они несут медицинскому, экономическому и социальному благосостоянию стран и их населения.

Табачные компании в качестве цели выбирают беднейшие страны, где недостаточно проводятся программы медико-санитарного просвещения и информирования населения или не проводятся вообще.



Каково воздействие хронических состояний?

Экономическое воздействие: каждый несет свою ношу

Расходы, связанные с медицинской помощью, становятся чрезмерными в тех случаях, когда плохо организовано лечение хронических состояний. Однако влияние хронических проблем, связанных со здоровьем, простирается далеко за пределы очевидных расходов, связанных с медицинским лечением. В экономической перспективе каждый оплачивает потери:

- ⊕ Пациенты (и семьи) несут поддающиеся измерению денежные расходы, включая расходы, связанные с медицинской помощью, сокращением рабочих дней и с потерей работы. Кроме того, пациенты (и семьи) несут расходы, которые не поддаются точному денежному подсчету, такие как инвалидность, связанная с состоянием здоровья, сокращение периода жизни и понижение качества жизни.
- ⊕ Учреждения здравоохранения оплачивают большую часть затрат, связанных с медицинской помощью, но также несут многие расходы, которые скрыты в стоимости лечения.
- ⊕ Медицинские работники испытывают профессиональное и связанное с работой разочарование при лечении хронических состояний, а администрация здравоохранения разочарована результатами лечения и напрасно потраченными средствами.
- ⊕ Правительства, предприниматели и общество страдают в результате потери рабочих, вызванной смертью, инвалидностью и заболеваемостью, связанными с хроническими состояниями. Кроме того, хронические состояния ведут к серьезным потерям производственного потенциала.

Уровень распространенности ВИЧ на 10-15%, который больше не является необычным, может привести к сокращению темпов роста ВВП на душу населения до 1% в год. Экономические потери, вызванные ТБ, составляют 12 млрд. долл. США в год, которые изымаются из доходов бедных слоев населения.

В исследованиях, представленных ниже, отражены расходы, связанные с хроническими состояниями. Они варьируются в плане методов и степени точности. Однако их данные однозначно свидетельствуют о высоких экономических издержках, связанных с хроническими состояниями.

Расходы, связанные с астмой, в Сингапуре

Медицинские расходы, связанные с астмой, составляют 1,3% от общей суммы расходов на медицинскую помощь в Сингапуре (то есть 33,93 млн. долл. США в год).

Chew FT, Goh DY, Lee BW. The economic cost of asthma in Singapore. Aust N Z J Med 1999;29(2):228-33

Расходы, связанные с астмой, в Эстонии

На астму приходится 1,4% прямых расходов на медицинскую помощь или 2,1 млн. евро. Расходы на медицинские препараты составляют 53% от общей суммы.

Kiivet RA, Kaur I, Lang A, Aaviksoo A, Nirk L. Costs of asthma treatment in Estonia. Eur J Public Health 2001;11(1):89-92.

Расходы, связанные с сердечными заболеваниями, в США

Прямые расходы на медицинскую помощь, связанную с сердечными заболеваниями, составляют 478 долл. США на человека в год. Косвенные расходы, включая потерянные рабочие дни и снижение производительности, вычтенные из доходов семьи, составляет 3013 долл. США в год. С учетом того, что все эти люди могли бы работать, ежегодные потери в производительности составляют приблизительно 6,45 млрд. долл. США.

Hodgson TA, Cohen AJ. Medical expenditures for major diseases, 1995. Health Care Financ Rev. 1999;21(2):119-64.

"Новаторские методы оказания помощи при хронических состояниях: Основные элементы для действий"



Расходы, связанные с диабетом, на Тайване, в Китае

Более 2% населения имеет диагноз "диабет". Прямые расходы на медицинскую помощь, связанную с этим состоянием, в 1997 г. составили 11,5% всех расходов на медицинскую помощь в стране, что в 4,3 раза больше средних расходов на медицинскую помощь лицам, не страдающим диабетом.

Lin T, Chou P, Lai M, Tsai S, Tai T. Direct costs-of-illness of patients with diabetes mellitus in Taiwan. Diabetes Res Clin Pract 2001;54:Suppl 1.

Расходы, связанные с диабетом, в Индии

Приблизительно у 20 миллионов людей в Индии установлен диабет, и на медицинскую помощь этому населению ежегодно затрачивается приблизительно 2,2 млрд. долл. США.

Shobhana R, Rama Rao P, Lavanya A, Williams R, Vijay V, Ramachandran A. Expenditure on health care incurred by diabetic subjects in a developing country – a study from southern India. Diabetes Res Clin Pract 2000; 48(1):37-42.

Расходы, связанные с ВИЧ/СПИДом, в Кот-д'Ивуаре

В Кот-д'Ивуаре была составлена оценка прямых расходов на лечение детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, и детей, инфицированных этим вирусом, в 1996 году. Средние расходы на лечение составили от 1671 фр. франков (254 евро) на одного ребенка в год в отношении инфицированных детей. Эта сумма на 709 фр. франков (108 евро) превышает среднюю стоимость лечения ВИЧ-негативных детей, рожденных ВИЧ-позитивными матерями. ВИЧ-инфицирование привело к увеличению расходов на лечение в размере 74%.

Giraudon I, Leroy V, Msellati P, Elenga N, Ramon R, Wellfens-Ekra C, Dabis F. The costs of treating HIV-infected children in Abidjan, Ivory Coast, 1996-1997. Sante. 1999;9(5):277-81.

Расходы, связанные с ВИЧ/СПИДом, в Индии

Потеря производственного потенциала, вызванная ВИЧ/СПИДом, с 1986 по 1995 год, согласно оценкам, составляет от 8 до 28 миллионов в год. Согласно оценкам, общие ежегодные расходы (в млрд. рупий), связанные с ВИЧ/СПИДом, в Индии, по низким, средним и высоким оценкам, составляют соответственно 6,73; 20,16 и 59,19. Приблизительные ежегодные расходы, связанные с ВИЧ/СПИДом, составляют, судя по всему, около 1% ВВП Индии, если за основу брать высокие оценки.

Anand K, Panday CS, Nath LM. Impact of HIV/AIDS on the national economy of India. Health Policy 1999;47(3):195-205.

Расходы, связанные с гипертонией, в США

В 1998 г. медицинские расходы, связанные с гипертонией, составили 108,8 млрд. долл. США. Это составляет приблизительно 12,6% всех национальных расходов на медицинскую помощь.

Hodgson TA, Cai L. Medical care expenditures for hypertension, its complications, and its comorbidities. Med Care 2001;39(6):599-615.

Неспособность справиться с экономическими последствиями хронических состояний посредством пересмотра политики здравоохранения ставит под угрозу экономическое процветание всех государств.

Воздействие на бедных: порочный круг

Приблизительно 1,2 миллиарда людей в мире живут в крайней бедности (то есть менее чем на 1 долл. США в день). Эта группа населения менее здорова и испытывает возрастающее воздействие риска, связанного с плохим состоянием здоровья, чем группы населения,



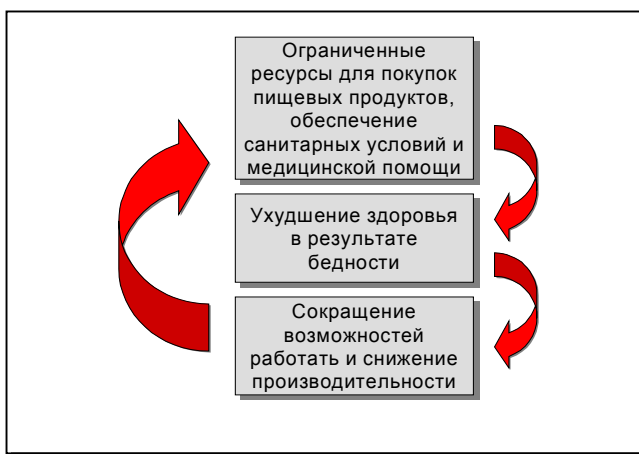
занимающие более экономически выгодное положение. Например, от таких условий, как ВИЧ/СПИД и ТБ, несравненно в большей степени страдают бедные.

Доклад Комиссии по макроэкономике и здоровью, Всемирная организация здравоохранения, 2001 г.

Даже в странах с высоким уровнем доходов люди, живущие в условиях бедности, уязвимы в отношении хронических состояний. Например, в Соединенных Штатах Америки дети из бедных семей подвергаются повышенному риску приобретения хронических проблем. Как только возникает хроническое состояние, обездоленные в экономическом отношении дети сталкиваются с препятствиями на пути к медицинской помощи, они чаще всего не застрахованы в отличие от детей из небедных семей и они чаще всего не имеют регулярного источника медицинской помощи. Более того, бедные дети с хроническими состояниями получают меньше амбулаторных медицинских услуг и им чаще оказывается медицинская помощь в стационарах, чем их более состоятельным сверстникам.

Newacheck PW. Poverty and childhood chronic illness. Arch Pediatr Adolesc Med 1994 Nov;148(11):1143-9.

Бедные подвергаются риску еще большего обнищания, когда у них ухудшается здоровье или возникает критическое состояние здоровья в семье. Они часто постепенно попадают в порочный круг нищеты и плохого состояния здоровья, как показано на диаграмме ниже:



Такой круг, связанный с ограниченными ресурсами и плохим состоянием здоровья, трудно разорвать. Он часто сохраняется навсегда. Рассмотрим семьи, в которых у одного из родителей хроническое состояние, которое лишает его/ее работы. Дети из таких семей подвергаются риску ухудшения здоровья в связи с отсутствием семейных ресурсов, а когда они начинают болеть, возникает круг бедности и хронических проблем, связанных со здоровьем. У детей развиваются хронические состояния, и так как они не являются рабочей силой, они не могут приобретать ресурсы и не способны улучшить свое здоровье или поправить свое материальное положение. Когда у них появляются дети, в этот круг попадают и последние.

Путь от бедности к хроническим состояниям

Для того чтобы лучше осознать взаимосвязь между здоровьем и бедностью, рассмотрим путь от бедности к хроническим состояниям. Ряд социально-экологических факторов играют свою роль и являются важнейшими детерминантами состояния здоровья:

⊕ Пренатальные факторы

Матери с плохим состоянием питания рожают детей, которые по достижению совершеннолетия испытывают такие хронические состояния, как диабет, гипертензия и сердечные заболевания. Бедность и плохое состояние здоровья в детстве связаны также с

хроническими состояниями в период совершеннолетия, включая рак, легочные заболевания, сердечно-сосудистые заболевания и артрит.

Law CM, Egger P, Dada O, Delgado H, Kylberg E, Lavin P, Tang GH, von Hertzen H, Shiell AW, Barker DJ. *Body size at birth and blood pressure among children in developing countries. Int J Epidemiol.* 2001;30(1):52-7.

Law CM, de Swiet M, Osmond C, Fayers PM, Barker DJ, Cruddas AM, Fall CH. *Initiation of hypertension in utero and its amplification throughout life. BMJ.* 1993;306(6869):24-7.

Blackwell DL, Hayward MD, Crimmins EM. *Does childhood health affect chronic morbidity in later life? Soc Sci Med.* 2001;52(8):1269-84.

⊕ **Старение**

В исследованиях, касающихся бедных людей пожилого возраста в развитых и развивающихся странах, фигурирует роль возраста. В **Кении** у бедных пожилого возраста отмечается плохое состояние здоровья и неудовлетворительный доступ к медицинской помощи. Исследование, проведенное в **Соединенном Королевстве Великобритании и Северной Ирландии**, показало, что взрослое население более старшего возраста подвергается высокому риску нарушения физических функций и не может позволить себе медицинскую помощь для лечения хронических состояний.

Lynch JM, Kaplan GA, Shema SJ. *Cumulative impact of sustained economic hardship on physical, cognitive, psychological, and social functioning. N Engl J Med.* 1997;337(26):1889-95.

Dranga HM. *Ageing and poverty in rural Kenya: community perception. East Afr Med* 1997;74(10):611-3.

Zimmer Z, Amornsirisoobon P. *Socioeconomic status and health among older adults in Thailand: an examination using multiple indicators. Soc Sci Med.* 2001;52(8):1297-311.

⊕ **Социально-экономическое положение**

Люди, для которых характерно самое низкое социально-экономическое положение, подвергаются относительно высокому риску обнаружить симптомы шизофрении в восемь раз больше, чем люди, для которых характерно самое высокое социально-экономическое положение.

Holzer CE, Shen BM, Swanson JW. *The increased risk for specific psychiatric disorders among persons with low socioeconomic status. American Journal of Social Psychiatry,* 4, 259-271, 1986

Dohrenwed BP, Levav I, Shrout PE, Schwartz S, Naveh G, Link BG. *Socioeconomic status and psychiatric disorders: the causation-selection issue. Science* 255, 946-952, 1992.

⊕ **Образование и безработица**

Бедные семьи, как правило, получают меньше образования, которое ассоциируется с более высоким уровнем психических расстройств в **Бразилии**, а в **Пакистане** связано с ограниченным знанием хронических состояний и их ведением. Кроме того, безработица связана с проблемами, касающимися здоровья; коэффициенты заболеваемости и смертности являются более высокими среди безработных, чем в целом среди населения. Например, в случае людей, страдающих шизофренией, вероятность оказаться безработными в четыре раз выше по сравнению с людьми, не имеющими психических расстройств.

Ail M, Khalid GH, Pirkani GS. *Level of health education; Buffat J. Unemployment and health Rev Med Suisse Romande* 2000;120(4):379-83.

Ludermir AB, Lewis G. *Links between social class and common mental disorders in Northeast Brazil. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001;36(3):101-7.

Robins LN, Locke BZ, Regier DA. *An overview of psychiatric disorders in America. New York, Free Press,* 1991.

Значительная часть случаев плохого состояния здоровья возникает в результате бедности и низкого уровня образования или в результате их последствий, выразившихся в недостаточном питании, плохих санитарных условиях или в других специфических видах риска...

Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 1999 г.



⊕ **Окружающая среда**

Окружающая среда, в которой живут и работают бедные, связана с ухудшением состояния здоровья. Повышенное воздействие возбудителей болезней, высокая восприимчивость и ухудшающее здоровье поведение взаимодействуют и оказывают влияние на состояние здоровья. Это происходит как в развитых, так и в развивающихся странах. Рабочая среда, в которой трудятся бедные, в физическом отношении является более суровой и подвергает людей риску получения травм в результате дорожно-транспортных происшествий или воздействия вредных веществ. Воздействие вредных химических веществ или загрязнение, особенно в развивающихся странах, связано с местными уровнями распространения рака, сердечно-сосудистых и респираторных заболеваний.

Marmot M, Bobak M. *International comparators and poverty and health in Europe. BMJ. 2000;321(7269):1124-8.*

Narayan D, Chambers R, Shah KM, Petesch P. *Crying Out for Change. Published by Oxford University Press for the World Bank, 2000;August.*

Cohen D, *Poverty and HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa. SEPED Conference Paper Series, Number 2, 2000.*

Warden J. *Britain's new health policy recognises poverty as major cause of illness. BMJ. 1998;316(7130):495.*

Tomatis L. *Inequalities in cancer risks. Semin Oncol. 2001;28(2):207-9.*

Mengesha YA, Bekele A. *Relative chronic effects of different occupational dusts on respiratory indices and health of workers in three Ethiopian factories. Am J Ind Med. 1998;34(4):373-80.*

⊕ **Доступ к медицинской помощи**

У бедных в экономическом отношении людей часто отсутствует доступ к медицинской помощи или к профилактическим мерам, что, в свою очередь, связано с плохими показателями состояния здоровья и обострением хронических состояний. Оказание медицинской помощи бедным группам населения часто задерживается или затрудняется из-за расходов. Во **Вьетнаме** бедные люди, согласно наблюдениям, медлили с лечением, использовали меньшее число предоставляемых правительством медицинских услуг и платили больше за каждое обращение за помощью. Аналогичным образом, в **Мексике** бедные слои населения получают недостаточную медицинскую помощь в связи с ограниченным доступом к медикаментам и специалистам здравоохранения по причинам их отсутствия или больших расходов. В целом профилактическая помощь является слишком дорогостоящей и часто не доступна для бедных, что ведет к тому, что проблемы связанные со здоровьем, которые можно избежать, приобретают хронический характер. Эта взаимосвязь действует в отношении таких развитых стран, как **США**, и реально существует в **Гане**, а также в **странах Африки южнее Сахары**. И наконец, даже в тех случаях, когда медицинская помощь финансируется государством, расстояние и время поездки часто лишает возможности бедных получать адекватные услуги.

Ensot T, San PB. *Access and payment for health care: the poor of Northern Vietnam. Int J Health Plann Manage 1996;11(1):69-83.*

Leyva-Flores R, Kageyama ML, Erviti-Erice J. *How people respond to illness in Mexico: self-care or medical care? Health Policy. 2001;57(1):15-26.*

Asch SM, Sloss EM, Hogan C, Brook RH, Kravitz RL. *Measuring underuse of necessary care among elderly Medicare beneficiaries using inpatient and outpatient claims. JAMA. 2000;284(18):2325-33.*

Gao J, Tang S, Tolhurst R, Rao K. *Changing access to health services in urban China: implications for equity. Health Policy Plan 2001;16(3):302-12.*

Nyonator F, Kutzin J. *Health for some? The effects of user fees in the Volta Region of Ghana. Health Policy Plan 1999;14(4):329-41.*

Stierle F, Kaddar M, Tchicaya A, Schmidt-Ehry B. *Indigence and access to health care in sub-Saharan Africa. Int J Health Plann Manage 1999;14(2):81-105.*

Chernichovsky D, Meesook OA. *Utilization of health services in Indonesia. SocSciMed 1986;23(6):611-20.*

Путь от хронических состояний до бедности

Взаимосвязь между бедностью и хроническими состояниями носит двусторонний характер, и хотя существует путь от бедности к хроническим проблемам, связанным со здоровьем, путь от хронических проблем, связанных со здоровьем, к бедности заслуживает равнозначного



рассмотрения. Потеря дохода, расходы, связанные с лечением, и маргинализация в связи с хроническими проблемами, связанными со здоровьем, негативно сказываются на экономическом положении людей с хроническими состояниями.

⊕ Потеря дохода

Хронические состояния связаны с потерей трудоспособности, ранним выходом на пенсию и сокращением производительности, что может подвергнуть работающих риску преждевременного прекращения работы. Это явление наблюдалось среди людей с сердечными заболеваниями и астмой. Кроме того, исследование, проведенное в **Бангладеш**, показало значительную потерю дохода у людей, болеющих туберкулезом.

Dooley D, Fielding J, Levi L. Health and unemployment. Annu Rev Public Health 1996;17:449-65.

Herrin J, Cangialose CB, Bocuzzi SJ, Weintraub WS, Ballard DJ. Household income losses associated with ischaemic heart disease for US employees. Pharmacoeconomics. 2000;17(3):305-14.

Mark DB, Lam LC, Lee KL, Clapp-Channing NE, Williams RB, Pryor DB, Califf RM, Hlatky MA. Identification of patients with coronary disease at high risk for loss of employment. A prospective validation study. Circulation 1992;86(5):1485-94.

Blanc PD, Trupin L, Eisner M, Earnest G, Katz PP, Israel L, Yelin EH. The work impact of asthma and rhinitis: findings from a population-based survey. J Clin Epidemiol 2001;54(6):610-8.

Croft RA, Croft RP. Expenditure and loss of income incurred by tuberculosis patients before reaching effective treatment in Bangladesh. Int J Tuberc Lung Dis 1998;2(3):252-4.

⊕ Потеря образования

В экономически слабо развитых общинах **Южной Африки** 50% детей школьного возраста, у которых по крайней мере один из родителей был болен туберкулезным кокситом, не получали школьного образования. Это резко выделяется на фоне 30% молодых людей, не получивших школьного образования, родители которых не страдали от туберкулезного коксита.

Yach D, Botha JL. Mselini joint disease in 1981: decreased prevalence rates, wider geographic location than before, and socioeconomic impact of an endemic osteoarthritis in an underdeveloped community in South Africa. International Journal of Epidemiology 1985;14(2):276-84.

⊕ Расходы на лечение

Расходы на лечение хронических состояний могут быть непомерно высокими в тех случаях, когда эти состояния на начальном этапе не лечились или не предупреждались надлежащим образом. Например, по оценкам Rice и др., прямые расходы на лечение хронических психических расстройств составляют 42,5 млрд. долл. США в год.

Elliott BA, Beattie MK, Kaitfors SE. Health needs of people living below poverty level. Fam Med 2001;33(5):361-6.

Rice DP, Kelman S, Miller LS. The economic burden of mental illness. Hosp Community Psychiatry 1992;43(12):1227-32.

⊕ Маргинализация

Люди с хроническими состояниями подвергаются риску маргинализации и стигматизации в общинах, что может привести к дальнейшим ограничениям возможностей получения образования и работы. Кроме того, стигматизация и пренебрежение связаны с обострением хронических проблем. Женщины с хроническими состояниями еще в большей степени подвергаются риску вредного воздействия в образовательном, финансовом и физическом отношении.

Alem A. Mental health services and epidemiology of mental health problems in Ethiopia. Ethiop Med J. 2001;39(2):153-65.

Oxaal Z, Cook S. Health and poverty: a gender analysis. BRIDGE Report No. 46, 1998, prepared for the Swedish International Development Agency.

Brighton, Winkvist A, Akhtar HZ. God should give daughters to rich families only: attitudes towards childbearing among low-income women in Punjab. Pakistan. Soc Sci Med 2000;51(1):73-81.

Наконец, взаимосвязь между бедностью и хроническими состояниями ограничивается не только отсутствием ресурсов у обездоленных в экономическом отношении людей. По-видимому, здесь особенно не хватает медико-санитарного просвещения в отношении



здоровья и здорового поведения среди бедных слоев населения. Рассмотрим, например, расходы, связанные с угрожающими здоровью формами поведения и неправильным образом жизни: отказ от употребления табака обходится дешевле, чем употребление табака, основные пищевые продукты могут стоить меньше, чем неполноценные пищевые продукты, а ежедневная ходьба пешком или поездки на велосипеде являются менее дорогостоящими, чем использование других видов транспорта. Совершенно очевидно, что, помимо отсутствия ресурсов, существуют дополнительные факторы, которые нуждаются в рассмотрении при изучении взаимосвязи между бедностью и хроническим состоянием.

Воздействие на развивающиеся страны: "двойная опасность"

Развивающиеся страны подвергаются так называемой "двойной опасности". Они одновременно сталкиваются с двумя серьезными и неотложными проблемами, связанными со здоровьем:

- ⊕ Продолжающиеся случаи инфекционных болезней, недостаточности питания и нехватки питательных микроэлементов у матерей в течение перинатального периода
- ⊕ Быстрое увеличение числа других хронических состояний, которые не являются инфекционными (например, сердечные заболевания, депрессия и диабет)

"Двойное бремя" болезней для стран, в которых происходят перемены в секторе здравоохранения, создает особую угрозу. Инфекционные болезни и проблемы недостаточности питания, безусловно, вызывают необходимость принятия мер, но эти проблемы не должны пользоваться преимуществом по сравнению с растущей эпидемией других хронических состояний. Обе проблемы требуют продуманного планирования и разработки стратегий. Таким образом, страны, переживающие "перемены в здравоохранении", сталкиваются с двойной опасностью, связанной с одновременным лечением острых инфекционных болезней и решением вопросов охраны здоровья матери, помимо хронических состояний, которые являются неинфекционными. Единственное решение заключается в разработке двойной повестки дня в области здравоохранения в странах, страдающих от многочисленных острых и хронических проблем. Развивающиеся страны должны напрячь все свои силы для решения этих задач и использовать в этих целях новаторские методы.



Источник: Murray & Lopez, Global Burden of Disease, 1996.



Резюме

В разделе "Хронические состояния" описываются все проблемы, связанные со здоровьем, которые сохраняются на протяжении определенного времени и требуют некоторой медицинской помощи. В категорию хронических состояний попадают диабет, сердечные заболевания, депрессия, шизофрения, ВИЧ/СПИД и длительные нарушения физического состояния. В данном разделе излагается обоснование необходимости обновить существующее определение и концепцию того, что представляет собой хроническое состояние. Разделение проблем, связанных со здоровьем, на острые и хронические, по-видимому, является наиболее прагматичным, всеобъемлющим и соответствует наиболее современной концепции.

Возрастает распространенность хронических условий в глобальных масштабах. Благодаря успехам общественного здравоохранения наблюдается процесс старения населения, и все большее число больных в течение целых десятилетий живет с одним или большим числом хронических состояний. Это предъявляет новые долгосрочные требования к системам здравоохранения. Хронические состояния будут не только основной причиной инвалидности во всем мире к 2020 г.; если их успешно не лечить, они станут наиболее дорогостоящими проблемами, с которыми столкнутся наши системы здравоохранения. В этом отношении они представляют угрозу всем странам с медицинской и экономической точек зрения. Хронические состояния взаимосвязаны и непосредственно связаны с бедностью и осложняют оказание медицинской помощи в развивающихся странах, которым одновременно все еще приходится решать проблему острых инфекционных болезней, недостаточности питания и охраны здоровья матери.

Хронические состояния не исчезнут; они являются проблемой этого столетия. Изменение их протекания потребует согласованных и постоянных усилий со стороны лиц, принимающих решения, и руководителей здравоохранения во всех странах мира. К счастью, существуют известные эффективные стратегии по ограничению их развития и сокращению их негативного воздействия.



Раздел 2

Существующие системы не предназначены для лечения хронических заболеваний

"Система медико-санитарной помощи" определяется как система, которая охватывает мероприятия, имеющие прежде всего целью содействовать, восстанавливать или поддерживать здоровье (*Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г.*). Таким образом, понятие "системы" является очень широким и включает как больных, так и их семьи, работников здравоохранения и тех, кто оказывает помощь в рамках определенных организаций и общины, а также связанное со здравоохранением окружение, в котором имеют место все относящиеся к здравоохранению мероприятия.

Краткая история систем здравоохранения

Исторически, острые заболевания, такие как определенные инфекционные болезни, составляли основную сферу деятельности систем здравоохранения. Развитие биомедицинской науки и мер общественного здравоохранения на протяжении последнего столетия ограничили воздействие многих инфекционных болезней в наиболее развитых странах. В то время, как некоторые инфекционные болезни по-прежнему остаются угрозой и важнейшим направлением деятельности систем здравоохранения, во многих развивающихся странах эти системы обязаны сегодня реагировать на целый ряд дополнительных проблем в сфере здравоохранения.

Поскольку современные системы здравоохранения развивались в ответ на острые проблемы и неотложные потребности больных, они предназначены для того, чтобы решать неотложные вопросы. Так, например, анализы, диагностика, облегчение симптомов и ожидание выздоровления являются характерными признаками современной медико-санитарной помощи. К тому же эти функции соответствуют потребностям больных, испытывающих острые и эпизодические, связанные со здоровьем, проблемы. Вместе с тем, возникает известное несоответствие при использовании схемы неотложной помощи в отношении пациентов, страдающих от хронических заболеваний. Медико-санитарная помощь для хронических состояний с учетом этого является отличной от медико-санитарной помощи при неотложных заболеваниях, и в этом отношении системы здравоохранения во всем мире оказываются несоответствующими. Системы здравоохранения не "успевают" за сокращением числа острых проблем и ростом числа хронических состояний.

Когда проблемы, связанные с состоянием здоровья, становятся хроническими, модели оказания помощи при неотложных состояниях не эффективны.

На практике системы здравоохранения так и не вышли за пределы концептуальных подходов, связанных с диагностикой и лечением острых состояний. Концепция оказания неотложной помощи является распространенной и сегодня. Она довлеет среди представителей директивных органов, работников медико-санитарной помощи, администраторов и больных. Модель оказания помощи при неотложных состояниях обеспечивает организацию медицинской помощи во всем мире и сегодня, причем даже в наиболее экономически развитых странах.

Для решения проблемы растущего числа хронических заболеваний эволюция системы здравоохранения является настоящей необходимостью, и эти системы должны выйти за рамки модели по оказанию неотложной помощи. Оказание неотложной помощи всегда будет необходимым (поскольку даже при хронических состояниях могут иметь место эпизоды, когда

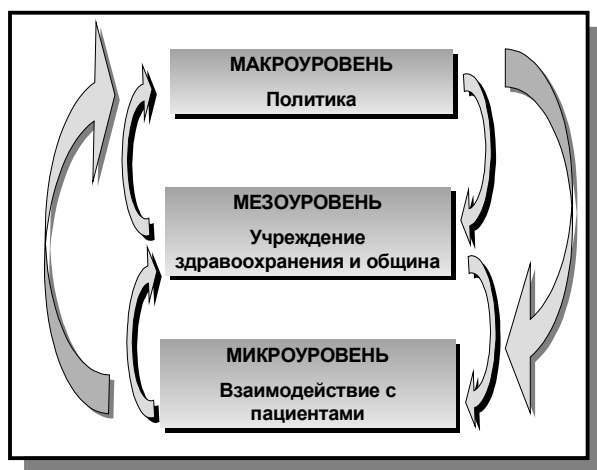
"Новаторские методы оказания помощи при хронических состояниях: Основные элементы для действий"



требуется оказание неотложной помощи), но в то же самое время системы здравоохранения должны охватывать концепцию помощи при хронических заболеваниях. Больные, учреждения по оказанию медико-санитарной помощи и те, кто принимают решения, должны признать необходимость расширения систем для включения новых концепций. Лица, принимающие решения, являются главными инициаторами изменения концепции медико-санитарной помощи.

В чем состоят проблемы сегодня? Микро-, мезо- и макроуровни

Одна из стратегий упорядочения концепции систем здравоохранения заключается в том, чтобы разделить эти сложные сети на определенные страты или уровни. Микро-, мезо- и макроуровни представляют собой разумную структуру и указывают на уровень взаимодействия с больным, учреждениями здравоохранения, общинами, а также на соответствующий политический уровень. Каждый из этих уровней взаимодействует друг с другом и оказывает динамическое воздействие на остальных. Так, например, уровни следует рассматривать как взаимосвязанные своего рода интерактивными петлями обратной связи, в которых происходящее на одном уровне оказывает воздействие на поступки и события на другом уровне и так далее. В указанной схеме больные реагируют на систему, в которой они получают помощь, а учреждения здравоохранения и общины реагируют на политику, которая, в свою очередь, воздействует на больных. Таким образом, множатся петли обратной связи.



Когда микро-, мезо- и макроуровни активно работают сами по себе и успешно функционируют во взаимосвязи друг с другом, медико-санитарная помощь является результативной и эффективной; пациенты улучшают состояние своего здоровья. Любая дисфункция в рамках определенного уровня и между ними ведет к потерям и неэффективности. К сожалению, в том, что касается помощи при хронических состояниях, дисфункция в рамках системы здравоохранения является типичной.

Линии раздела между микро-, мезо- и макро- уровнями не всегда очевидны. Так, например, в тех случаях, когда работники здравоохранения не могут обеспечивать лечение хронических заболеваний в связи с недостаточной подготовкой, эта проблема может рассматриваться как относящаяся к микроуровню, поскольку она сказывается на состоянии больных. Недостатки подготовки могут рассматриваться как проблема мезоуровня, поскольку обязанностью самой системы организации медико-санитарной помощи является обеспечение тех, кто ее предоставляет, необходимым опытом и методикой оказания помощи больным. И в то же время вопросы подготовки могут также рассматриваться как проблема макроуровня, поскольку

политические решения могут менять программы подготовки или непрерывного обучения, с тем чтобы обеспечить другие потребности населения.

Микроуровень: Проблемы взаимодействия с пациентами

Проблемы на микроуровне системы здравоохранения очевидны. Системы не признают особой значимости поведения больных и ценности качества взаимодействия с медицинскими работниками при воздействии на результаты лечения. Существует достаточно научных данных в отношении эффективных стратегий на микроуровне (например, меры вмешательства в целях изменения поведения больных, приемы для обеспечения необходимой последовательности лечения или методы улучшения взаимосвязи между работниками здравоохранения); однако эти данные не всегда принимаются в расчет в повседневной клинической практике.

Двумя наиболее распространенными проблемами на микроуровне является отсутствие возможности для больных улучшить результаты лечения и отсутствие акцента на качество взаимодействия с работниками персонала здравоохранения.

Отсутствие возможности для пациента

Хронические заболевания являются длительными и делают необходимой стратегию оказания помощи, которая является длительной по своему характеру и уточняет роль и ответственность пациентов при лечении заболевания. Соответствующая клиническая помощь необходима, однако ее недостаточно для получения оптимальных результатов лечения. Пациенты должны менять образ жизни, усваивать новые навыки и учиться взаимодействию с учреждениями здравоохранения, с тем чтобы успешно лечить заболевание. Их нельзя более рассматривать, равно как и сами они не должны себя видеть в качестве пассивных получателей медико-санитарной помощи.

Больные должны принимать участие в процессе лечения болезни, а работники здравоохранения должны оказывать им в этом поддержку. Существует достаточное число данных, взятых из более чем 400 опубликованных статей о том, что виды вмешательства, которые активизируют роль больных в лечении хронических заболеваний, дают улучшение результатов лечения. То, что больные делают для себя ежедневно (например, соблюдение режима приема лекарственных средств, упражнений, надлежащего питания, регулярного сна, взаимодействия с учреждениями здравоохранения и отказ от потребления табака) воздействует на состояние их здоровья в значительно большей степени, чем лишь чисто медицинские виды вмешательства. К сожалению, поведение больных, которое может предупредить наступление хронических заболеваний, улучшить их лечение, в том случае, если это все же происходит, зачастую недооценивается в современной медицине.

Существует значительное число фактических данных (взятых из 400 исследований о самостоятельном преодолении болезни пациентом), что программы, обеспечивающие консультирование, просвещение, двусторонний обмен информацией и другие виды поддержки больных с хроническими заболеваниями, приводят к улучшению результатов лечения.

Центр по улучшению здоровья, 1996 г.

Медицинские работники понимают о значении поведения пациентов, но также признают, что они недостаточно хорошо подготовлены для использования методик, связанных с поведенческими аспектами, в целях создания условий для больных самостоятельно преодолевать болезни и соблюдать курс лечения. Медицинские работники указывают также на



нехватку времени для восполнения недостатков санитарно-просветительных мер и обеспечивать психосоциальные потребности больных и членов их семей.

Центр по улучшению здоровья. Индексированный перечень литературы по вопросам, связанным с формами поведения при хронических заболеваниях, Вашингтон, О.К., 1996 г.

Неспособность оценить взаимодействие с пациентами

Чрезвычайно важно, чтобы пациенты могли установить правильные отношения с персоналом здравоохранения и чтобы эти отношения сохранялись на протяжении достаточно длительного времени. Работники здравоохранения должны обеспечить такое положение, при котором больные располагали бы необходимой информацией и навыками самолечения. Для того чтобы это произошло, больные должны иметь возможность свободно задавать вопросы и находиться в таком окружении, которое содействует и поддерживает их участие в таких процессах. Качество взаимоотношений между больным и теми, кто оказывает им помощь, сказывается на итогах лечения хронических состояний, включая рак, диабет, гипертензию, головную боль, язву желудка.

К сожалению, системы здравоохранения не сумели создать того окружения, которое содействовало бы качественному взаимодействию и партнерским отношениям с больными. Имеющиеся данные указывают на то, что медицинские работники не сотрудничают с больными по целому ряду направлений. Самоконтроль со стороны пациента и соблюдение режима приема лекарственных средств, функциональные возможности, знания и вопросы личной ответственности редко рассматриваются в клиническом контексте.

Привлечение больных к принятию решений и планированию курса лечения позволяет повысить эффективность и результативность оказания помощи при хронических состояниях.

Holman, H & Lorig, K. Patients as partners in managing chronic disease. BMJ 2000;320:526-527.

Мезоуровень: Проблемы с организацией медико-санитарной помощи и их связи с общиной

Учреждение здравоохранения координирует оказание услуг и обеспечивает оценку их качества. Оно несет ответственность за объединение персонала здравоохранения и обеспечение его необходимым опытом и методиками, которые требуются для осуществления их роли при ведении больных с хроническими состояниями и для обеспечения связи с ресурсами общины. Ниже даются примеры некоторых проблем на мезоуровне.

Неспособность организовать помощь при хронических состояниях

Учреждения здравоохранения предназначены для решения острых проблем. Они используют индивидуальные посещения работников здравоохранения, чья задача заключается в диагностике и лечении больного с симптомами. Такие проблемы являются очевидными. Они предполагают использование обычной формы посещения даже в случае хронических состояний. Одна из проблем заключается в скрытом характере взаимодействия, который свидетельствует о важности обеспечения непрерывного, вдумчивого и высококачественного взаимодействия между больным и медицинскими работниками. Совершенно очевидно, что хронические состояния не следует воспринимать как ряд разрозненных жалоб.

Учреждения здравоохранения должны делать акцент на лечение пациента, который страдает диабетом, а не на лечение диабета.



У учреждений здравоохранения нет спланированной программы помощи во времени. Это необоснованно, поскольку осложнения и конечный результат недостаточного лечения хронических состояний хорошо известны и предсказуемы. (Так, например, нейропатия и ампутация являются результатом невылеченного диабета). Риск и осложнения, связанные с любым хроническим состоянием, поддаются определению и во многих случаях их наступление может быть отсрочено или предупреждено полностью. Однако это требует медицинской помощи, которая должна носить упреждающий характер и исходить из концепции планирования и профилактики. То, как предоставляется медицинская помощь сегодня, вынуждает больного при осложнениях или каких-то симптомах обращаться к медицинским работникам.

Отсутствие методик и опыта у медицинских работников

Сегодняшние учреждения здравоохранения располагают кадрами, которые подготовлены для того, чтобы следовать модели оказания помощи при неотложных случаях. Такая стратегия подготовки специалистов является приемлемой для работников здравоохранения, которые заняты диагностикой и лечением неотложных состояний; вместе с тем, следует указать, что навыки оказания неотложной помощи необходимы, но недостаточны для лечения хронических состояний.

В настоящее время есть специальные знания для лечения хронических заболеваний и для изменения поведения больных в отношении самоконтроля. Так, например, существуют методики и приемы, которые усиливают медицинское лечение, помогая больным выполнять сделанные предписания, а также другие стратегии самоконтроля. Работники здравоохранения не знают об этих навыках или о навыках, которые позволили бы им обеспечивать эффективное сотрудничество с больными и работать в составе медико-санитарных групп.

Практика, не обоснованная на научных данных

Руководства, основанные на имеющихся научных данных для ведения многих хронических состояний, хорошо известны. Однако, эта важная информация не всегда доступна для всего персонала здравоохранения; таким образом, многие из вмешательств, зарекомендовавших себя как эффективные при лечении хронических заболеваний, обычно не осуществляются. К тому же назначаемые лекарственные средства, диагностическое оборудование и лабораторные службы, которые необходимы для соблюдения соответствующих установок, не всегда имеются в наличии. Непредоставление необходимой помощи на основе фактических данных приводит к далеко не оптимальным результатам для больного и ненужному расходованию средств. Без необходимых фактических данных для обеспечения помощи и эффективности вмешательств они зачастую не используются, и больные продолжают лечение на основе курсов, которые известны как неэффективные.

Stockwell, DH, et al. The determinants of hypertension awareness, treatment, and control in an insured population. Amer J of Pub Hlth 1994; 84(11):1768-74.

Legorreta, AP, et al. Compliance with nation asthma management guidelines and specialty care: A health maintenance organization experience. Arch Int Med 1998;158:457-64.

Kenny, SJ, et al. Survey of physician practice behaviors related to diabetes mellitus in the US: Physician adherence to consensus recommendations. Diabetes Care 1993;16(11):1507-10.

Неспособность использовать профилактику

Большинство хронических проблем, связанных со здоровьем, поддаются профилактике, и все же медицинские работники не используют возможность взаимодействия между провайдером и пациентом, для того чтобы информировать их о способах укрепления здоровья и стратегиях профилактики заболеваний. При наличии информации о том, как сделать правильный выбор, пациенты и их семьи обретают возможность действовать в интересах улучшения здоровья. С помощью работников здравоохранения пациенты могут усвоить формы поведения, которые позволяют предупредить появление хронических состояний или задержать наступление таких осложнений, которые у них уже проявились. Вместе с тем, здесь необходимы знания, мотивация и навыки, для того чтобы справиться с проблемами злоупотребления веществами



(наркотики, алкоголь, и т.д.), изменить вредную для здоровья окружающую среду, прекратить употребление табачных изделий, практиковать безопасный секс, сделать необходимые прививки, есть здоровую пищу и быть физически активным. Профилактика и содействие укреплению здоровью должны стать частью каждого контакта в рамках оказания медицинской помощи, но дело обстоит далеко не так при обычной клинической помощи.

Отсутствие информационных систем там, где они необходимы

Информационные системы являются обязательным предварительным условием для координированной, интегрированной и основанной на фактических данных медицинской помощи. Они могут использоваться для мониторинга тенденций в здравоохранении, показателей рождаемости и смертности, осуществления стандартов и положений, а также для клинических процедур оказания медицинской помощи. В случае хронических заболеваний можно использовать "реестр" больных, который мог бы служить для напоминания о необходимости профилактики и дальнейших услуг и обеспечивать мониторинг поведения пациентов в части соблюдения режима лечения и других важных изменений в состоянии здоровья с течением времени.

Без системы мониторинга действия медико-санитарных работников – когда речь идет о потребностях пациентов с хроническими состояниями – носят скорее ответный, а не упреждающий характер. Несостоятельность попыток использовать стратегию мониторинга хронических состояний содействует появлению разного рода проблем вместо того, чтобы отсрочить или предотвратить их.

Неспособность воспользоваться общественными ресурсами

Учреждения здравоохранения редко обеспечивают интеграцию общественных ресурсов с оказанием помощи пациентам с хроническими состояниями, что оставляет в стороне от этого целый ряд потребительских групп, борцов за права пациентов и неправительственных учреждений. Общественные ресурсы очень важны для любой страны и обладают также определенным потенциалом по "уравниванию" в значительной мере медико-санитарной помощи в странах с низким уровнем дохода, где основные службы первичной медико-санитарной помощи работают на пределе своих возможностей. Общественные ресурсы могут помочь заполнить пробелы в оказании услуг, которые не предоставляются в учреждениях здравоохранения, и значительно улучшить помощь больным с хроническими состояниями с учетом, однако, того, что официальные взаимоотношения при этом обычно не устанавливаются.

Макроуровень: Проблемы политики

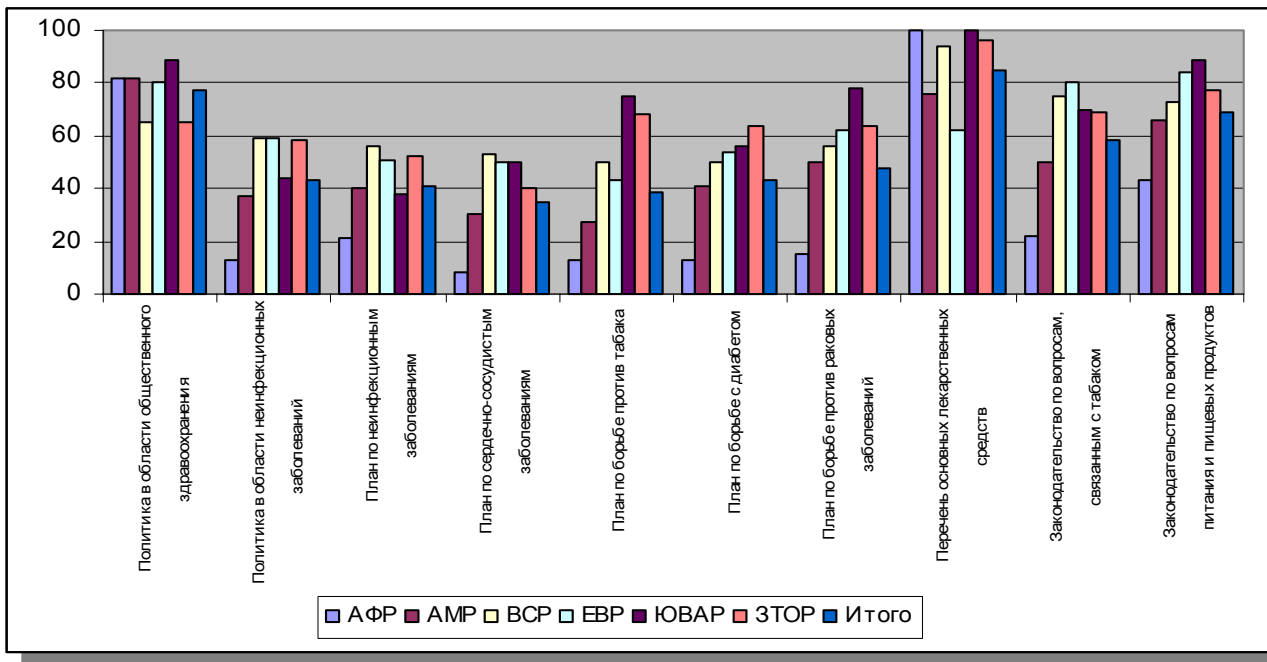
Многие несоответствия в современных системах медицинской помощи могут восходить к макро- или политическому уровню. Это тот уровень, где определяются общие ценности, принципы и стратегии медицинской помощи и на котором принимаются решения в отношении распределения ресурсов. Отсутствие общей координации на этом уровне приведет лишь к ненужной трате средств и распылению усилий медико-санитарных служб.

Недавно осуществленное ВОЗ обследование показало, что несмотря на значение политики в сфере здравоохранения, в большинстве районов мира у правительств нет политики в области профилактики или ведения неинфекционных болезней (см. рисунок на следующей странице). В подтверждение этому, исследование ВОЗ ATLAS (2001 г.) по вопросам психического здоровья выявило, что:

- ⊕ Свыше 40% стран не имеют политики в сфере охраны психического здоровья;
- ⊕ Свыше 30% стран не имеют программ по охране психического здоровья;



- Около 1/3 стран не имеют бюджета по разделу охраны психического здоровья. Среди тех, которые имеют такой бюджет, приблизительно 1/3 расходует на охрану психического здоровья менее 1% общих ассигнований на здравоохранение.



Показатель в процентах стран по регионам ВОЗ, которые обладают национальной политикой, планами и законодательством в отношении профилактики и борьбы с неинфекционными болезнями

У стран, которые располагают политикой и планами, ориентированными на одно или большее число хронических заболеваний, также имеется ряд проблем. Ниже даются примеры проблем, характерные для политического уровня.

Отсутствие законодательной структуры

В условиях глобализации и расширения интересов частного сектора в медико-санитарной помощи потребность в целостной законодательной структуре продолжает расти. Законодательство, помимо прочего, дает определение того, на что могут рассчитывать люди в области медицинской помощи, содействовать защите прав человека применительно к пациентам, определять соответствующие роли в частном секторе, воздействуя на выбор определенных видов вмешательства, и обеспечивать соблюдение положений, регламентирующих безопасность работников здравоохранения за пределами официальной системы здравоохранения. Несмотря на самые разнообразные потенциальные преимущества во многих районах мира, законодательство в интересах улучшения качества медико-санитарных услуг остается невостребованным.

Устаревшие политика и планы здравоохранения

В связи с двойным бременем инфекционных и неинфекционных заболеваний правительства сталкиваются с возросшими требованиями в отношении эффективности лечения хронических заболеваний. Вместе с тем, во многих случаях политика и планы невольно содействуют использованию устаревших моделей медико-санитарной помощи, полагаясь на устаревшие эпидемиологические данные, используя единую биомедицинскую ориентацию и делая при этом акцент на сдерживание расходов в ущерб более широким целям здравоохранения. Вместо интегрированной, ориентированной на население помощи с акцентом на потребности пациентов политика и планы зачастую пропагандируют модель неотложной, эпизодической помощи, что приводит к распылению усилий и ненужным затратам для всей системы.



Отсутствие разумных инвестиций со стороны правительства

Во многих районах мира правительства и системы здравоохранения делают капиталовложения на основе неверных приоритетов в отношении ведения хронических заболеваний. Это связано с различными факторами, включая проблематику, определяемую агентствами-донорами, и влиянием, которое оказывается частным сектором и профессиональными группами. Результатом этого является неспособность распределить ресурсы в соответствии с бременем заболеваний и без учета эффективности существующих видов вмешательств. Службы здравоохранения не пользуются преимуществами рационального планирования в соответствии с потребностями населения. Кроме того, делается недостаточный акцент на укрепление потенциала с точки зрения как кадровых потребностей, так и инфраструктуры. Меры вмешательства с акцентом на биомедицинские аспекты, в случае которых предпочтение отдается использованию медицинских технологий и фармацевтических препаратов, принимаются в ущерб высокотехнологичным стратегиям. Подготовка медицинских работников и персонала здравоохранения по вопросам стратегии самоконтроля и соблюдения режима биомедицинских вмешательств, расширение массово-просветительских кампаний для повышения информированности в вопросах укрепления здоровья и создание пациентам возможностей для увеличения физической активности могут рассматриваться в качестве полезных инвестиций.

Раздробленность систем финансирования

Во многих системах оказания помощи финансирование является раздробленным по целому ряду статей, и за различные аспекты помощи отвечают разные люди. Так, например, капитальные расходы могут оказаться в рамках иной финансовой системы, чем обеспечение подготовки, что создает парадоксальную ситуацию, при которой приобретается дорогое медицинское оборудование, но нет людей, подготовленных для его использования. Помощь в стационаре может быть отнесена к бюджету, выделяемому больничным администраторам, в то время как амбулаторная помощь может рассматриваться в качестве обязательства другого руководителя клиники. При наличии такой раздробленности оказывается очень трудным обеспечить преемственность и координацию помощи при хронических заболеваниях.

Отсутствие взаимосвязи в системе стимулирования провайдеров

Несмотря на наличие финансовых систем стимулирования провайдеров услуг за обоснованное и эффективное оказание помощи, здесь тоже существует много проблем. Ретроспективное возмещение услуг, оказанных провайдерами без какого-либо регулирования (например, плата за предоставление определенных услуг), является характерной для многих систем здравоохранения. К сожалению, это создает условия, при которых работники здравоохранения отдают предпочтение дорогим, высокотехнологичным видам вмешательства, предпочитая их недорогим приемам, не требующим использования сложных технологий, без учета их экономической эффективности. В результате складывается ситуация, когда работники здравоохранения получают вознаграждение, пропорциональное объему и стоимости услуг, которые они оказывают, и "наказываются" экономически за применение новых клинических видов практики, содействующих укреплению здоровья.

Недостаточность стандартов и мониторинга

Обеспечение качества при оказании медицинской помощи не соответствует даже разумным ожиданиям. В результате этого, оказываемая помощь может вполне не соответствовать стандартам и зачастую определяется личными предпочтениями работников здравоохранения или в лучшем случае тем, что они узнали во время своей профессиональной подготовки. Аккредитация, мониторинг и гарантия качества – это те средства, которыми располагают системы здравоохранения и правительства, и, тем не менее, они редко используются полностью. Результатом этого являются неэффективность и потери.

Отсутствие непрерывного обучения

Несмотря на все преимущества, обеспечиваемые непрерывной подготовкой, многие страны не требуют от работников и не располагают механизмом участия медико-санитарных работников



в образовательном процессе после завершения официального курса обучения. В результате отсутствия в системе этого элемента распространения новых знаний возникает и отсутствие интереса со стороны работников здравоохранения к тому, чтобы принимать участие в курсах подготовки, если этого от них не требуют. Поэтому зачастую проходит не один десяток лет (если это происходит вообще), прежде чем новые открытия получают всеобщее признание и будут восприняты в профессиональных медицинских кругах.

Отсутствие учета межсекторальных взаимосвязей

Комплексная помощь при хронических заболеваниях выходит за рамки официального сектора здравоохранения и охватывает группы населения и неправительственные организации, а также государственные отрасли, не относящиеся к здравоохранению, такие как жилищный сектор, сельское хозяйство, транспорт и трудоустройство. Интегрированные юридические структуры являются весьма редким явлением. Без необходимого уровня координации в рамках всего сектора качество и преемственность оказываемых услуг сокращаются. Дублирование усилий также является распространенным явлением, что приводит к бесполезной трате ресурсов в рамках системы.



Резюме

Системы здравоохранения возникли на основе концепции острых инфекционных заболеваний и эффективны при решении проблем, связанных с эпизодическими или неотложными состояниями. Вместе с тем, сама парадигма оказания неотложной помощи не является более адекватной для меняющихся проблем здравоохранения в современном мире. К сожалению, а возможно и в силу своего необычайного успеха, модель оказания помощи при неотложных состояниях сегодня доминирует среди пациентов, работников здравоохранения, организаций и правительств. Она доминирует на всех уровнях системы здравоохранения и поддерживается устаревшими программами подготовки специалистов. Системы здравоохранения сегодня должны двигаться в направлении такой модели помощи, которая включает оказание помощи как при неотложных состояниях, так и при хронических состояниях. Без продвижения в этом направлении страны будут сталкиваться с проблемой все большего несоответствия оказываемой помощи и тратой ресурсов.

Микро-, мезо- и макроуровни системы медико-санитарной помощи не являются какими-то отдельными структурными образованиями. Их границы в какой-то мере размыты, а сами они динамично взаимодействуют и оказывают влияние друг на друга. Эволюция необходима на каждом уровне. Увеличение внимания к поведению пациентов и к вопросам взаимосвязи медико-санитарных работников равнозначно улучшению помощи при хронических состояниях. Для руководства практикой лечения хронических состояний помощь должна координироваться на основе научных данных. Для того чтобы обеспечить серьезные улучшения, ресурсы общины должны быть интегрированы. Учреждения здравоохранения должны добиваться упорядочения видов помощи, повышения профессионального уровня работников здравоохранения, акцента на профилактику и создания информационной системы отслеживания для планирования медицинской помощи при возможных осложнениях. Правительства должны принимать обоснованные решения в отношении групп населения и устанавливать стандарты качества и поощрения для медико-санитарной помощи. Финансирование должно быть скоординированным, а межсекторальные связи укреплены.

По мере увеличения распространенности хронических состояний системы здравоохранения, если их не изменить, будут становиться все более и более неэффективными и нерезультативными. Страны как с высоким, так и с низким уровнями доходов тратят миллиарды долларов на ненужную госпитализацию, дорогие технологии и сбор бесполезной клинической информации. Расходы на здравоохранение будут расти, но за этим не последует улучшение состояния здоровья населения. До тех пор, пока модель оказания неотложной помощи доминирует в системах здравоохранения, она будет препятствовать достижению тех результатов, которых можно было бы достичь в ином случае.



Раздел 3

Новаторские методы оказания помощи: решение задачи, связанной с хроническими состояниями

Настоятельная необходимость в новаторских подходах

Масштабы изменений, которые необходимо произвести в нынешних системах здравоохранения в целях решения проблемы хронических состояний, могут казаться чрезмерно огромными. Руководителям систем здравоохранения всех стран нужна соответствующая стратегия, которая могла бы помочь их системам развиваться таким образом, чтобы решать стоящие перед ними все более сложные задачи. В некоторых странах в целях более эффективного решения хронических проблем можно было бы полностью модернизировать существующую систему здравоохранения посредством координации графиков работы, имеющихся знаний и ресурсов. Однако в большинстве стран с тактической точки зрения было бы лучше применить поэтапный подход к проведению соответствующих реформ, поскольку небольшие шаги в правильном направлении могут оказать значительное воздействие на оказание медицинской помощи и клиническое лечение населения.

Особенно сложной задачей является инициирование существенного сдвига в мышлении у всех заинтересованных участников системы здравоохранения. Тем не менее, масштабы этого мероприятия отнюдь не должны служить основанием для того, чтобы и дальше игнорировать проблему хронических состояний или передать ее на решение будущим политикам и руководителям системы здравоохранения. Сегодняшние директивные органы обязаны приступить к организации процесса реформы и модернизации системы здравоохранения.

В данном разделе излагаются новая структура улучшения методов оказания помощи при хронических состояниях для их использования системами здравоохранения. Эта структура состоит из основополагающих компонентов на уровне пациентов (микроуровень), организации/общины (мезоуровень), и политики (макроуровень). Эти компоненты представляют собой "основные элементы", которые могут использоваться для создания и реформы системы здравоохранения, которая могла бы более эффективно решать долгосрочные проблемы, связанные со здоровьем. Директивные органы могут использовать эти основные элементы для разработки новых систем, инициирования реформ в существующих системах или разработки стратегических планов для будущих систем. Целый ряд стран уже осуществляет новаторские программы оказания помощи при хронических состояниях с использованием основных элементов указанной структуры. Они приводятся здесь в качестве примеров реального успеха в международных масштабах.

"Модернизация всей системы или создание комплексной системы оказания медицинской помощи может представлять собой длительный процесс развития и осуществления. К счастью, более мелкие и более индивидуальные изменения могут происходить быстрее и оказывать радикальное воздействие на качество клинической помощи."

Институт модернизации систем здравоохранения, "Eye on Improvement", 2000;VIII(1).



Что представляет собой новаторские методы оказания помощи при хронических состояниях?

Новаторский подход к оказанию помощи при хронических состояниях означает внедрение новых идей, методов или программ в целях изменения методов профилактики и ведения хронических состояний. Новаторский подход означает интеграцию основополагающих компонентов системы здравоохранения на каждом из микро-, мезо- и макроуровней, однако прежде всего для создания необходимой основы, на которой можно было бы строить работу, нужно пересмотреть концепцию хронических состояний.

Переосмысление хронических состояний

С точки зрения здравоохранения, рассматривать хронические состояния в качестве отдельных проблем со здоровьем или же классифицировать их в соответствии с традиционными категориями неинфекционных и инфекционных болезней нет никакой выгоды. Новаторские методы оказания помощи строятся не на основе этиологии той или иной конкретной проблемы, а на потребностях, которые налагаются данной проблемой со здоровьем на систему здравоохранения. В случаях хронических состояний эти потребности, похоже, независимы от причины такого состояния. К тому же, эффективные стратегии ведения больных, в случае многих хронических проблем, в значительной мере сопоставимы, поэтому ведение хронических состояний, включая все хронические проблемы со здоровьем, приобретает в рамках системы здравоохранения свой индивидуальный характер.

В рамках новых концепций хронических состояний важным фактором укрепления здоровья, как считается, является качество жизни пациента и его семьи, и в этой связи подчеркивается роль пациента в достижении этого результата. В данном случае пациент – это не бездействующий участник системы оказания помощи, а скорее своего рода "стимулятор здоровья".

Holman H. & Lorig K. Patients as partners in managing chronic disease. BMJ 2000;320:526-527.

Новый метод организации систем здравоохранения

Новаторские методы оказания помощи означают переориентацию систем здравоохранения таким образом, что результаты, которые оцениваются данной системой – это как раз те результаты, которые фактически достигаются. Результаты, которые считаются желательными в случае хронических проблем со здоровьем, отличаются от результатов, которые считаются необходимыми в случае острых заболеваний. Потребности пациентов с хроническим состоянием также отличаются. Пациенты с хроническими проблемами нуждаются в более широкой поддержке; им нужны не только биомедицинские меры вмешательства. Этим пациентам нужна помощь на плановой основе; им нужна помощь, которая превосходит бы их потребности. Этим пациентам нужна комплексная помощь, которая была бы распределена во времени, среди лечебных учреждений и среди провайдеров. Кроме того, пациентам нужны навыки самостоятельного преодоления болезни в домашних условиях. Пациентам и их семьям нужна также поддержка со стороны их общин и в рамках более широкой политики по эффективному ведению и профилактике хронических состояний. Для оптимального оказания помощи при хронических состояниях требуется иной тип системы здравоохранения.

Одна из стратегий переориентации услуг в этой области заключается в признании предшествующих успешных результатов работы того или иного учреждения или системы здравоохранения. В тех случаях, когда в рамках существующих систем можно определить эффективные клинические и рабочие решения, такие как успешные программы лечения ВИЧ/СПИДа или депрессии, их можно перенести на другие хронические состояния в целях их более эффективного лечения.



Налаживание связей между пациентом, общиной и учреждением здравоохранения

Новаторские методы оказания помощи предполагают повышение роли пациентов и их семей и признание того факта, что они могут самым эффективным образом вести хронические состояния при условии их поддержки со стороны групп медицинской помощи и общин. Все эти три участника должны быть связаны друг с другом, и каждый из них должен в общем и целом иметь важное значение для другого. Каждому участнику – пациентам, общинам и учреждениям здравоохранения – отводится важная роль в деле улучшения результатов лечения хронических состояний.

Новаторский подход к оказанию помощи при хронических состояниях представляет собой интеграцию "основных элементов" на микро-, мезо- и макроуровнях системы здравоохранения.

Создание системы здравоохранения для лечения хронических состояний: Структура новаторских методов оказания помощи при хронических состояниях

Структура (см. страницу 61), описанная в данном разделе, представляет собой расширенный вариант прежней модели – модели лечения хронических состояний, которая была разработана в целях изложения структуры организации медицинской помощи при хронических состояниях.

Wagner EH, Davis C, Schaefer J, Von Korff M, Austin B. A survey of leading chronic diseases management programs: Are they consistent with the literature? Managed Care Quarterly, 1999. 7(3):56-66.

Эта новая расширенная структура под названием "Структура новаторских методов оказания помощи при хронических состояниях" (ICCC Framework) признает наличие более широкой политической среды, которая охватывает пациентов и их семей, учреждения здравоохранения и общины. Эта политическая среда создает систему ответственности в области законодательства, руководства, интеграции политики, налаживания партнерских отношений, финансирования и распределения людских ресурсов, которые позволяют общинам и учреждениям здравоохранения оказывать помощь пациентам и больным с хроническими состояниями.

Руководящие принципы "Структуры новаторских методов оказания помощи при хронических состояниях"

"Структура новаторских методов оказания помощи при хронических состояниях" строится на основе соответствующего набора руководящих принципов. Каждый из этих принципов имеет основополагающее значение для системы здравоохранения на микро-, мезо- и макроуровнях.

Принятие решений на основе фактических данных

Все решения в области разработки политики, планирования услуг и клинического ведения хронических больных должны приниматься на основе фактических данных. Эти данные включают имеющуюся информацию о масштабах хронических состояний, эффективных и результативных мерах вмешательства по снижению связанного с ними бремени о нынешних и предполагаемых потребностях в ресурсах и о соответствующей структуре обученного медперсонала. Информация на основе фактических данных включает все, что известно о клинических процедурах оказания помощи и результатах лечения больных.

Если надежных данных мало, необходимо создавать потенциал и инфраструктуру для сбора и анализа соответствующей информации о хронических состояниях. В тех случаях, когда



решение строится не на интуиции или порывах, а на фактических данных, лечение хронических состояний будет оптимальным.

Акцент в работе – на население

Системы оказания помощи при хронических состояниях наиболее эффективно функционируют в тех случаях, когда они делают упор в работе не на какую-то отдельную группу услуг в области медицинской помощи, за которой обращаются пациенты, а на укрепление здоровья определенной группы населения. Ведение такой группы населения представляет собой долгосрочную упреждающую стратегию, в соответствии с которой ресурсы организованы таким образом, чтобы улучшить качество медицинской помощи и последствия для здоровья групп населения, потребности которых в медицинском обслуживании хорошо известны и хорошо поняты. Этот подход позволяет снизить потребность в ресурсах, которая характеризуется высокой стоимостью и высоким уровнем интенсивности.

Акцент в работе – на профилактику

Поскольку большинство хронических состояний можно предупредить, каждое действие, связанное с оказанием медицинской помощи, должно включать соответствующий компонент профилактической поддержки. Но когда пациентам систематически предоставляется информация и когда они систематически обучаются навыкам снижения рисков для здоровья, у них появляется больше возможностей для сокращения потребления веществ, прекращения потребления табачных изделий, использования практики безопасного секса, употребления в пищу здоровых продуктов и повышения физической активности. Эти виды поведения, направленные на снижение рисков, могут привести в долгосрочном плане к радикальному снижению бремени хронических состояний и спроса на оказание помощи на их лечение. В целях расширения профилактики в системе оказания медицинской помощи исключительно важное значение для успешной работы приобретает приверженность этому делу учреждения здравоохранения, общины и правительства и принятие ими соответствующих мер.

Акцент в работе – на качество

Контроль качества обеспечивает надлежащее использование ресурсов, ответственность провайдеров за оказание эффективной и результативной помощи и самые лучшие последствия для здоровья пациентов с учетом любых ограничений. Качество - это не только вопрос оказания медико-санитарной помощи. Упор в работе на обеспечение качества, которое начинается на политическом уровне, обеспечивает более высокое качество работы системы здравоохранения на уровне организации/общины и на уровне пациентов.

Интеграция

Интеграция является основным элементом "Структуры новаторских методов оказания помощи при хронических состояниях", поэтому оказание помощи при хронических состояниях предполагает необходимость интеграции во всех отношениях. Система здравоохранения на каждом уровне (микро-, мезо- и макро-) должна работать как единое целое и преследовать достижение единой и неоспоримой цели, каковой является более эффективная помощь при хронических состояниях. Границы системы, разделяющие эти уровни должны быть в какой-то мере смазанными, что позволит обеспечить истинную интеграцию учреждений здравоохранения и общин, директивных органов и пациентов.

Работа по интеграции, координации и обеспечению преемственности должна проводиться на протяжении всего времени и на всех уровнях медико-санитарной помощи, включая первичную медико-санитарную помощь, специальную помощь (в случае наличия) и стационарную помощь. Медицинскую помощь необходимо интегрировать по всем категориям хронических состояний, выходя за рамки традиционных очертаний болезней.

Гибкость/адаптируемость

Системы здравоохранения необходимо готовить к тому, чтобы они могли адаптироваться к изменяющимся условиям, новой информации и непредвиденным событиям. Сдвиги в



показателях и бремени болезней, а также непредсказуемые кризисные случаи заболеваний могут быть ассимилированы в системах, которые разработаны таким образом, чтобы адаптироваться к изменениям. В системах здравоохранения необходимо планировать и предусматривать случаи перехода власти от одной политической партии к другой или неожиданного экономического спада.

Ключевыми элементами системы, которая была бы в состоянии адаптироваться к изменяющимся условиям, являются плановый эпиднадзор, мониторинг и оценка. Когда эти процессы включены в систему медицинской помощи, она может вполне превратиться в постоянно развивающуюся, адаптирующуюся и "самообучающуюся систему", которая предвидит изменение спроса в области здравоохранения и гибко реагирует на него.

Идеальным случаем являются такие гибкие структуры, которые выдерживают различные перемены и в то же время сохраняют свою устойчивость в условиях изменения спроса. Концепция основных элементов, на которых строится "Структура новаторских методов оказания помощи при хронических состояниях" позволяет системам адаптироваться к изменяющейся ситуации путем уделения приоритетного внимания или развития различных областей (основных элементов) под давлением сложившихся обстоятельств.

Структура новаторских методов оказания помощи при хронических состояниях



Основные элементы "Структуры новаторских методов оказания помощи при хронических состояниях"

Макроуровень: Основные элементы на уровне взаимодействия пациентов

Пациенты и их семьи - это те субъекты деятельности системы здравоохранения, которые недооцениваются больше всего. Их возможности по воздействию на результаты лечения неоспоримы, и этот их потенциал должен быть в полной мере включен в любую модель, имеющую целью улучшить систему оказания помощи при хронических состояниях. Структура новаторских методов оказания помощи при хронических состояниях позволяет повысить роль пациентов и их семей и наладить партнерские отношения между ними и общинами, и учреждениями здравоохранения.

Триада (см. таблицу в странице 41), которая находится в центре структуры, состоит из пациента и его семьи, партнеров в общине и группы медицинской помощи. Эта триада, построенная на партнерских началах, носит уникальный характер в деле оказания помощи при хронических состояниях. Если успешные результаты лечения острых заболеваний могут быть обеспечены каким-нибудь одним провайдером медико-санитарных услуг, то позитивные результаты лечения хронических состояний достигаются только в случае информирования, мотивации, подготовки и сотрудничества пациентов и их семей, партнеров в общине и медицинских групп.

Следует отметить, что в этой структуре указанная триада подвергается воздействию и получает поддержку со стороны более крупного учреждения здравоохранения и более широких слоев общины, которые, в свою очередь, оказывают влияние на более обширную политическую среду и в то же время подвергаются воздействию с их стороны. По сути мезо- и макроуровни системы позволяют триаде в составе пациента/семьи, партнеров из числа членов общины и медицинской группе работать в максимально эффективной степени.

Когда компоненты каждого уровня системы здравоохранения объединены между собой и функционируют оптимально, пациент и его семья становятся активными участниками системы оказания помощи, получающими поддержку со стороны общины и медицинской группы. Хорошо функционирующая триада формируется в результате налаживания эффективной коммуникации между учреждением здравоохранения и общиной по конкретным вопросам, представляющим интерес для пациента, и по медицинской помощи в целом. Эта триада функционирует оптимально в тех случаях, когда пациенты и их семьи отказываются мириться с наличием пробелов, недостатками и накладками, имеющими место в системе медицинской помощи. Они сообщают, что у них появляется ощущение более широких возможностей для самоконтроля за хроническим состоянием, что они способны осуществлять его и что они чувствуют поддержку, помогающую им в таком самоконтроле.

Подготовка, информирование и мотивировка пациентов и их семей

Пациенты и их семьи являются одним из составных элементов этой триады. Для лечения и профилактики хронических состояний им нужны следующие три основополагающих элемента.

- ⊕ Они должны быть проинформированы о течение болезни, об возможных осложнениях, о методах эффективной профилактики осложнений и устранения симптомов.
- ⊕ Их необходимо побуждать к изменению и соблюдению принципов ежедневного поведения, направленного на укрепление здоровья, к неукоснительному соблюдению курса лечения и к самоконтролю за состоянием.
- ⊕ Их необходимо обучать поведенческим навыкам контроля за своим состоянием в домашних условиях. Сюда входит наличие необходимых медицинских препаратов и медицинского оборудования, инструментов для самостоятельного наблюдения и навыков самоконтроля.



Подготовка, информирование и мотивировка групп медицинской помощи

В Структуре новаторских методов оказания помощи при хронических состояниях "группа" медицинской помощи является частью указанной выше триады, построенной на партнерских началах. Эта группа включает различные категории провайдеров медицинской помощи на всех уровнях медицинского обслуживания (включая специалистов) и во всех клинических учреждениях. Члены группы берут на себя роль и обязанности по решению задач в соответствии с их профессиональной компетенцией и возможностями. В данном случае традиционная иерархия проявляется менее четко и отходит от моделей, в которых главенствующую функцию выполняют терапевты, поскольку каждый член группы оценивается по его индивидуальным способностям вести хронические состояния. Эти группы формируются в зависимости от наличия людских ресурсов и географических реалий, в которых действует данная организация здравоохранения. Однако и в этом случае в концепцию группы, возможно, придется внести что-то новое. Например, во многих регионах могли бы оказаться полезными "виртуальные" группы, связанные между собой с помощью средств информационной технологии.

ЮЖНАЯ АФРИКА

Укрепление самоконтроля и соблюдение курса лечения

Основные элементы:

- Поддержка самоконтроля и профилактики (учреждение здравоохранения)
- Мобилизация и координация ресурсов (община)
- Обеспечение дополнительных услуг (община)

В Кейптауне (Южная Африка) Служба соблюдения курса лечения представляет собой новую уникальную службу, которая принимает упреждающие меры по оказанию помощи людям в самоконтроле за хроническим состоянием путем своевременного направления им сообщений по электронной почте или напоминаний в системе SMS о необходимости принятия прописанных лекарственных средств. Эта программа приобретает особенно важное значение в свете того, что число пациентов, соблюдающих указания врача по долгосрочному лечению, составляет около 50% в развитых странах и всего лишь 20% в развивающихся странах.

Центральным элементом Службы соблюдения курса лечения является система, с помощью которой пациентам направляются напоминания в виде текста на их мобильные телефоны в соответствующее время дня. Такие сообщения содержат в себе обычную информацию, необходимую для соблюдения данного образа жизни (например, небольшое потребление количества соли в случае людей, страдающих гипертонией), а также юмористическую информацию или информацию, имеющую непосредственное отношение к данному состоянию. В конце каждого сообщения содержится совет (например, "Примите сейчас [название лекарства]" или "Сейчас подошло время записаться на прием в [название клиники]"). Предусмотрен также механизм мониторинга, который позволяет абонентам сообщать о технических проблемах с передачей информации или связаться с профессиональными медсестрами по линии медпомощи, действующей круглосуточно.

В этой части Южной Африки мобильные телефоны распространены повсеместно, что дает этой службе возможность выйти на группы населения, которые раньше охватывались системой обслуживания не полностью. В самых бедных общинах у 30% пациентов есть мобильные телефоны; в других частях района Кейптауна эта цифра составляет более 70%. Текущие расходы по обеспечению работы этой службы небольшие: приблизительно 1 долл. США на пациента в месяц.

Как представляется, эта система является эффективной. Медицинские работники, пациенты и административные работники системы здравоохранения удовлетворены такой службой. Кроме того, муниципальный совет сообщает, что соблюдение указаний врача больными туберкулезом, которые отобраны для наблюдения в рамках этой службы, по крайней мере такое же, как и в случае тех, кто проходит лечение под непосредственным наблюдением (ДОТС). В настоящее время планируется провести официальную оценку этой программы.

Источник: д-р David Green, On Cue Compliance Service.

Более подробную информацию см. по адресу: www.compliance.za.net/



Подготовка, информирование и мотивировка партнеров в общине

Третьей составляющей триады на микроуровне являются партнеры в общине. Когда они обладают информацией и навыками ведения хронических состояний, совокупность отдельных лиц, возможности которых ранее не использовались, становится подготовленной для того, чтобы взять на себя те функции, которые традиционно возлагались на медицинских работников в системе национального здравоохранения. Группы населения, желающие оказать помощь, могут стать богатым источником подготовленных ресурсов для оказания основных медицинских услуг, связанных с хроническими состояниями. Партнеры в общине могут оказывать услуги при лечении любой хронической болезни, будь то диабет, гипертензия, либо психические расстройства. Эти общинные ресурсы могут позволить снизить ненужный спрос на услуги по последующему наблюдению и третичной помощи, которая обычно оказывается в государственных учреждениях здравоохранения.

Мезоуровень: Основные элементы учреждений здравоохранения

Учреждения здравоохранения могут создать условия, в которых работа по улучшению медицинской помощи при хронических состояниях может носить устойчивый характер и развиваться. Недавно проведенный обзор работы организации Cochrane Collaboration позволил обнаружить несколько организационных факторов, включая навыки медицинских работников, структуру персонала, графики посещения, информационные системы и системы самоконтроля пациентов, которые позволили изменить результаты лечения хронических состояний. В обзоре также отмечается, что в случае принятия более всесторонних мер вмешательства повышается вероятность достижения более успешных результатов; те вмешательства, которые направлены только на поведение провайдера, изменяют результаты лечения пациентов только в том случае, если они сопровождаются мерами вмешательства, ориентированными на пациентов. Кроме того, в обзоре сообщается о том, что учреждения здравоохранения, которые передают соответствующие функции врачам, не являющимся терапевтами, обеспечивают более тщательное наблюдение за пациентами и планируют также последующее улучшение результатов лечения хронических болезней.

Renders, CM, Valk, GD, Griffin, S, Wagner, EH, vanEeijk, JTM, Assendelft, WJJ. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care outpatient and community settings. Cochrane Review. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2001. Oxford: Update Software.

Поддержка преемственности и координации

Пациенты, страдающие хроническими состояниями, нуждаются в услугах, которые должны координироваться на всех уровнях медицинской помощи – первичной, вторичной и третичной – и среди всех провайдеров услуг. Медицинские работники, которые лечат тех же пациентов, должны поддерживать между собой связь. Коллективные знания, информация и навыки группы медицинских работников намного превосходят знания, информацию и опыт одного работника – и в этом сила коллективных действий. В тех случаях, где это возможно, "координатор лечения" может выполнять функции наблюдения и руководства лечением, обеспечивая тем самым интеграцию и координацию усилий всей группы медицинских работников.

Исключительно важное значение также имеет преемственность лечения хронических состояний. Лечение должно планироваться и анализироваться в течение всей болезни. С этой целью следует составить график посещений, а медицинские учреждения должны играть упреждающую роль в деле лечения пациентов, страдающих хроническими состояниями. Допускать появление симптомов или ждать того момента, когда проявятся осложнения, которые можно предупредить, для того чтобы пациент обратился к врачу, дорого, неэффективно и безрезультатно. Напротив, спланированная помощь позволяет обнаружить осложнение на раннем этапе и быстро определить ухудшение состояния здоровья пациента.



ШОТЛАНДИЯ

Интеграция первичных и общинных медицинских служб

Основные элементы:

- Укрепление партнерских отношений (политическая среда)
- Развитие и распределение людских ресурсов (политическая среда)
- Организация и оснащение медицинских групп (учреждение здравоохранения)
- Поддержка самоконтроля и профилактики (учреждение здравоохранения)
- Поощрение лучших результатов лечения за счет лидерства и поддержки (община)
- Мобилизация и координация ресурсов (община)

Местные кооперативы медицинской помощи (МКМП) в Шотландии являются частью внутренней структуры Организации первичной помощи (ОПП). Они представляют собой ассоциацию местных организаций, объединяющую на совместной основе первичную помощь и медицинские услуги на общинном уровне с включением целого ряда услуг со стороны специалистов. Участие в МКМП врачей общей практики носит добровольный характер, однако всего лишь через два года в эту работу уже вовлечено подавляющее большинство практикующих врачей Шотландии. В большинстве МКМП есть многодисциплинарный совет по ведению больных, в состав которого обычно входят врачи, медсестры, фармацевты, представители профессий, связанных с медициной, и представители общественности. МКМП обслуживают группы населения численностью от 10 000 до свыше 172 000 человек. Хотя официальная оценка работы МКМП еще не проведена, тем не менее, в настоящее время складывается все более твердое убеждение в том, что они играют важную роль в развитии иерархической системы медицинской помощи, которая поддерживает здоровье и благосостояние местных общин путем интеграции медицинской помощи.

Новая иерархическая система медицинской помощи, получившая распространение по линии местных кооперативов медицинской помощи Шотландии

Здоровье и благосостояние общины

Акцент на ограничение местных факторов риска для здоровья немедицинского характера и содействие укреплению здоровья по линии государственных программ здравоохранения, увязанных с общинными планами.

Самопомощь. Предоставление людям возможности следить за собой с помощью тщательно разработанных информационных и просветительных материалов, включая консультативные услуги, оказываемые в режиме "он-лайн" или по цифровому телевидению.

NHS 24. Система скрининга под руководством медсестры по направлению пациентов, которые не могут оказать себе помощь сами, на прием к наиболее подходящему члену расширенной группы первичной помощи или, в неотложных случаях, в службу санитарного транспорта или больницу.

Расширенная система первичной помощи. Укрепленные группы в составе специалистов первой помощи, включая врачей, медсестер, акушеров, фармацевтов, социальных работников и т.п., которые в состоянии удовлетворить подавляющее большинство потребностей пациентов в помощи.

Помощь на промежуточном уровне. Сосредоточенная в основном на общинных больницах, уходе за больными, уходе по месту жительства и лечении пациентов на дому, система помощи на промежуточном уровне, использующая навыки "терапевтов, специализирующихся на промежуточной помощи", медсестер, терапевтов и социальных работников, обеспечивает услуги по направлению на лечение на более высокий или более низкий уровень медицинской помощи, включая обследования, реабилитацию и восстановление, главным образом, но не исключительно, для лиц преклонного возраста.

Вторичная помощь. Увязанная с управляемыми сетями клиник и оказываемая в порядке поддержки работы на более низких уровнях.

Третичная помощь. Увязанная с управляемыми сетями клиник в качестве центров узкоспециализированных консультаций и медицинской помощи.

Источник: Woods KJ, The development of integrated health care models in Scotland; International Journal of Integrated Care 2001;1(3).



Обеспечение качества за счет лидерства и стимулирования

Руководители должны оказывать помощь и поддержку в деле улучшения медицинской помощи при хронических состояниях в своих учреждениях здравоохранения. В этой связи можно пересмотреть систему стимулов для администраторов, медицинских работников и пациентов; можно создать систему вознаграждения за эффективные клинические процедуры, которые сказываются на ведении и профилактике хронических состояний. Постоянный контроль качества и программы по его повышению должны приобрести характер плановой деятельности для всех медицинских работников. Стремление к качеству должно стать частью организационной культуры. Руководители системы здравоохранения играют стержневую роль в создании условий, в которых качество ценится должным образом.

Организация и оснащение медицинских групп

Медицинские группы должны быть должным образом оснащены для лечения хронических состояний. Им нужны необходимые материалы, медицинское оборудование, доступ к лабораториям и основные лекарственные средства для оказания помощи, которая подтверждается научными данными. Эти группы нуждаются в поддержке для принятия оптимальных решений, включая письменные руководящие принципы оказания помощи и алгоритмы постановки диагноза и лечения.

Медицинские группы нуждаются в особых навыках и знаниях, которые выходят за рамки традиционной биомедицинской подготовки. Для содействия обмену информацией, объективного опроса и принятия решений совместно с пациентами важное значение имеют способности к эффективному общению. Кроме того, медицинским работникам нужен опыт поведенческого воздействия с целью помочь пациентам перейти на новые методы самоконтроля, соблюдать курс лечения и изменить образ жизни. Еще один более важный момент: медицинским работникам нужны навыки поддержки пациентов в их усилиях по поддержанию изменений на протяжении длительного течения болезни. Врачам и другим медицинским работникам нужны навыки, которые позволили бы им работать сообща. Традиционная модель самостоятельной практики - в тех случаях, когда проблемы со здоровьем носят хронический характер, - не оптимальны. Напротив, группы в составе медицинских работников различных специальностей должны учиться работать вместе и нести совместную ответственность за состояние пациента.

СТРАНЫ АФРИКИ, РАСПОЛОЖЕННЫЕ К ЮГУ ОТ САХАРЫ

Программы лечения важнейших неинфекционных заболеваний

Основные элементы:

- Организация и оснащение медицинских групп (учреждение здравоохранения)
- Использование информационных систем (учреждение здравоохранения)

В настоящее время существуют данные, свидетельствующие о том, что в некоторых странах, расположенных к югу от Сахары, быстрое распространение получают некоторые неинфекционные болезни, такие как различные виды диабета и гипертензия. Для борьбы против этих болезней в Танзании и Камеруне осуществляется экспериментальная программа. Цель этой программы - обеспечить комплексные методы лечения на основе фактических данных случаев гипертензии, сердечных заболеваний и различных видов диабета в рамках первичной медицинской помощи. Разработки, сделанные в рамках программы, включают:

- ⊕ клинические руководящие принципы;
- ⊕ просветительные материалы для пациентов, содействующие использованию ими руководящих принципов;
- ⊕ методы и материалы для подготовки и поддержки сотрудников в деле использования руководящих принципов;
- ⊕ регистрационные бланки пациентов и система назначений на прием и последующего наблюдения.

Unwin N, Mugusi F, Aspray T et al. Tackling the emerging pandemic of non-communicable diseases in sub-Saharan Africa: the essential NCD health intervention project. Public Health 1999; 113: 141-146.



ЭФИОПИЯ

Улучшение доступа и соблюдения курса лечения

Основной элемент:

- ❑ **Организация и оснащение медицинских групп (учреждение здравоохранения)**

Гондарский колледж медицинских наук в Эфиопии является инициатором оказания комплексной помощи при хронических состояниях. Осуществляемая им программа лечения хронических болезней основана на концепции, в соответствии с которой доступ и соблюдение курса лечения будут улучшены, если лечение будет осуществляться в медицинских учреждениях, расположенных как можно ближе к месту жительства больных. Врачи-терапевты из этого колледжа посещают эти медицинские учреждения ежемесячно для проведения групповой клинической практики вместе с подготовленными медсестрами. Эта работа была начата с реализации программы по лечению диабета, но в настоящее время она расширена и включает эпилепсию, ревматические болезни сердца и гипертензию, астму, лечение глазных болезней на общинном уровне и ведение больных с инвалидностью вследствие соматических нарушений. Программа финансируется по линии Национальной лотереи Соединенного Королевства через Фонд укрепления здравоохранения и образования в тропических странах, расположенный в Лондоне.

Источник: д-р Shitaye Alemu, Гондарский колледж медицинских наук, Эфиопия.

Поддержка самоконтроля и профилактики

Эффективный самоконтроль помогает пациентам и их семьям соблюдать курс лечения таким образом, что это сводит к минимуму вероятность осложнений, симптомов и инвалидности, связанных с хроническими состояниями. Пациенты и лица, оказывающие помощь, нуждаются в информации о методах самоконтроля и мотивировке их применения на повседневной основе в течение всего времени. Обучение навыкам самоконтроля (например, в целях более точного соблюдения курса приема лекарств, последовательности, надлежащего питания, регулярного сна и прекращения употребления табака) может привести к сокращению частоты последующих посещений и оказаться со временем эффективным с точки зрения затрат.

Медицинские работники играют исключительно важную роль в обучении пациентов и их семей навыкам самоконтроля. Они выполняют конструктивную функцию в деле оказания пациентам помощи в изменении поведения. Однако, что более важно, медицинские работники должны поддерживать самоконтроль со стороны пациентов все время. Важность самоконтроля и профилактики хронических состояний должна подчеркиваться при каждой встрече с пациентом.

Использование информационных систем

Исключительно важной особенностью эффективной медицинской помощи при хронических состояниях является своевременная информация об отдельных пациентах и группах пациентов. Информационная система позволяет собрать и организовать данные, касающиеся эпидемиологии, лечения и последствий лечения для здоровья. Цель этой работы - использовать информационные системы для улучшения планирования и повышения общего уровня медицинской помощи.

Информационная система, содержащая список пациентов с хроническими состояниями (именуемый "реестр пациентов"), может в какой то мере исполнять функцию напоминания для служб профилактики и последующего наблюдения. Медицинские группы могут использовать этот список для определения потребностей пациентов, наблюдения и планирования ухода, мониторинга реагирования на лечение и оценки результатов для здоровья. Информационные системы могут быть простыми и недорогостоящими, как и реестр пациентов, выполненный на обычной бумаге. С другой стороны, информационные системы могут быть автоматизированы за счет использования последних достижений электронной технологии. Основной момент

"Новаторские методы оказания помощи при хронических состояниях: Основные элементы для действий"



здесь заключается во включении в эту систему компонента систематического сбора полезной для пациента информации, которая приведет к повышению эффективности работы при лечении больного.

США

Комплексная система оказания помощи при хронических состояниях

Основные элементы:

- Поддержка преемственности и координации (учреждение здравоохранения)
- Организация и оснащение медицинских групп (учреждение здравоохранения)
- Использование информационных систем (учреждение здравоохранения)
- Поддержка самоконтроля и профилактики (учреждение здравоохранения)

Крупная организация по упорядоченной системе организации помощи в Калифорнии Kaiser Permanente недавно переориентировала свою систему первичной клинической помощи в целях более полного удовлетворения нужд пациентов с хроническими состояниями. В этой связи были созданы многодисциплинарные группы в составе врачей, медсестер, инструкторов по вопросам здоровья, психологов и физиотерапевтов. Эти группы первой помощи связаны с аптеками, центром консультирования по телефону и назначения к врачу, программами ведения клинических состояний и специальными клиниками, что позволило создать полностью комплексную систему медицинской помощи, варьирующейся от помощи в клиниках для амбулаторных больных до лечения в стационарных условиях.

Пациенты привлекаются к программам ведения хронических состояний с помощью соответствующих стратегий охвата населения, позволяющих выявить людей с хроническими состояниями, которые еще не обращались за первичной медицинской помощью, и посредством определения врачей в связи с обращением этих людей за первичной медицинской помощью в лечебные учреждения. Пациенты получают медицинскую помощь от различных специалистов в зависимости от срочности и потребности. На диаграмме изображены три уровня медицинской помощи. Акцент в работе делается на профилактику, просвещение пациентов и самоконтроль. Члены группы, не являющиеся врачами, облегчают работу по назначению пациентов на прием к врачу. Наблюдается улучшение биологических показателей в случае таких состояний, как сердечные заболевания, астма и различные виды диабета. Получают распространение услуги в области скрининга и профилактики, в результате чего показатели поступления больных на стационарное лечение снизились.

Сравнение, которое недавно было проведено между комплексной системой медицинской помощи организации Kaiser и национальной системой здравоохранения Соединенного Королевства, обнаружило, что хотя расходы на душу населения в каждой системе аналогичны, показатели работы Kaiser оказались значительно лучше с точки зрения доступа, лечения и времени ожидания. Объяснения причин лучших показателей работы организации Kaiser включают реальную интеграцию работы по всем компонентам медицинской помощи, лечение пациентов на максимально эффективном уровне медицинской помощи с точки зрения затрат, рыночную конкуренцию и использование современных информационных систем.

Feachem GA, Sekhri NK, & White KL. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. British Medical Journal 2002;324:135-143.

Мезоуровень: основные элементы для общины

Исключительно важное значение для медицинских систем и ведения больных с хроническими состояниями имеют общинные ресурсы. Следует иметь в виду, что лица, для которых характерны хронические состояния, проводят большую часть времени дома, вне стен лечебных учреждений. Проинформированные и подготовленные общинные кадры могут заполнить пробел в услугах, которые не оказываются учреждением здравоохранения. Когда



общинные услуги дополняют организованную медицинскую помощь, последствия, связанные с хроническими состояниями, могут существенно улучшиться.

Китай

Лидеры из числа добровольцев, способствуют укреплению самоконтроля и снижению уровня использования медицинской помощи

Основные элементы:

- Поддержка самоконтроля и профилактики (учреждение здравоохранения)
- Поощрение лучших результатов посредством лидерства и поддержки (община)
- Обеспечение дополнительных услуг (община)

Хронические состояния - главным образом, сердечные заболевания, приступы, рак и болезни легких - становятся ведущими причинами инвалидности и преждевременной смерти в Китае и важнейшими статьями расходов на медицинскую помощь. В одном из наиболее сильно затронутых районах страны – Шанхае – исследователи показали, что осуществляемая программа самоконтроля за хроническими болезнями дает успешные результаты в плане формирования образа поведения, характеризующегося самоконтролем, поддержания и улучшения состояния здоровья и снижения показателей использования медицинских услуг.

Эта программа, созданная по примеру концепции, разработанной и зарекомендовавшей себя в Соединенных Штатах, строится на следующих допущениях:

- ⊕ У людей, страдающих хроническими болезнями, одинаковые заботы и проблемы;
- ⊕ Люди, страдающие хроническими болезнями, могут взять на себя функцию по повседневному ведению своей болезни (болезней) и решению физических и эмоциональных проблем, которые вызваны этими болезнями;
- ⊕ Обычные люди с хроническими состояниями, когда им дают подробное руководство, могут вести программу самоконтроля столь же эффективно, если даже не более эффективно, чем специалисты-медики.

Эта программа ведется по группам обученными добровольными лидерами из числа простых граждан, которые работают по двое. Она разбивается в общей сложности на семь сеансов, подлежащих проведению в течение семи недель подряд. Продолжительность сеанса составляет 2-2,5 часа. Рассматриваемые вопросы включают упражнения, использование методов когнитивного определения симптомов, питание, снятие усталости и регулирование сна, использование общинных ресурсов, использование медикаментов, борьбу со страхами, злостью и депрессией, общение со специалистами-медиками, урегулирование проблем и принятие решений.

Обнадеживающие результаты показывают, что этот разработанный в США подход приемлем с культурной точки зрения для китайцев и практически осуществим в этой стране в том случае, когда он применяется в соответствии с разработанными на месте моделями и включен в плановую работу государственных организаций на уровне общины и общинные службы здравоохранения.

Fu Dongbo, Patrick McGowan, Ding Yongming, Shen Yi-e, Zhu Lizhen, Yang Huiqin, Mao Jianguo, Zhu Shitai, Wei Zhihua & Fu Hua. Implementation and Quantitative Evaluation of a Chronic Disease Self-Management Program in Shanghai. Рукопись в процессе пересмотра, 2002 г.

Повышение информированности и уменьшение стигматизации

Исключительно важную роль в улучшении жизни тех, кто страдает хроническими болезнями, играет община. Руководители местных и международных организаций, НПО, группы поддержки и женские организации имеют возможности для повышения информированности о хронических состояниях и связанных с ними факторах риска. Например, лидеры общины могут быть "проводниками" заслуживающих доверия мнений, направленных на привлечение внимания общественности к проблеме увеличения бремени хронических болезней и уменьшения связанной с ними стигматизации. Лидеры общины могут также лоббировать со



своими коллегами в политических кругах в целях оказания системе помощи при хронических состояниях более существенной поддержки.

США

Программа расширения охвата населения на уровне общины способствует неимущим городским жителям проходить курс лечения ВИЧ/СПИДа

Основные элементы:

- Обеспечение качества за счет лидерства и стимулирования (учреждение здравоохранения)
- Поддержка самоконтроля и профилактики (учреждение здравоохранения)
- Использование информационных систем (учреждение здравоохранения)
- Мобилизация и координация ресурсов (община)
- Обеспечение дополнительных услуг (община)

Противоречащие друг другу жизненные приоритеты людей, живущих в условиях нищеты, ограничивают их возможности по соблюдению сложных режимов медикаментозного лечения. Департамент здравоохранения в Сан-Франциско разработал финансируемую на местном уровне открытую для участия программу соблюдения курса медикаментозного лечения на общинном уровне (ActionPoint) в целях оказания помощи неимущим городским жителям, инфицированным ВИЧ, в деле соблюдения антиретровирусного медикаментозного лечения и использования результатов, достигнутых в области лечения ВИЧ.

В настоящее время в наличии имеется целый ряд услуг по оказанию помощи в соблюдении курса лечения. Еженедельно клиентам, которые пользуются этими услугами по крайней мере раз в неделю, выдаются небольшие вознаграждения наличными в целях стимулирования. Кроме того, клиентам, которые участвуют в программе более одного месяца, дается пейджер, который напоминает о необходимости принять лекарство. Другие варианты оказания помощи в соблюдении курса лечения включают систему помощи на уровне коллег среди клиентов программы ActionPoint, а также группу медицинской и психологической поддержки, для того чтобы помочь сформировать среди клиентов и сотрудников чувство общности.

Стоимость проекта в расчете на клиента в год приблизительно равна годовой розничной стоимости одного ингибитора на основе протеазы. Спустя пять месяцев после введения этой программы в действие получены обнадеживающие результаты: многие клиенты улучшили условия жизни, а 76% клиентов, находившихся на излечении с помощью антиретровирусной терапии, обнаружили улучшенные показатели подавления вируса.

Bamberger JD, Unick J, Klein P, Fraser M, Chesney M, & Katz, MH. Helping the urban poor stay with antiretroviral HIV drug therapy. American Journal of Public Health. 2000; 90(5): 699.

Поощрение лучших результатов посредством лидерства и поддержки

В работе по улучшению системы оказания помощи при хронических состояниях необходимо выявлять и поддерживать лидеров общин. Признанные структуры, такие как общинные советы развития/здравоохранения или сельские советы, могут выступать в поддержку более качественной медицинской помощи. Лидеры этих советов и групп могут определять наилучшие стратегии по поддержке членов общины, которые имеют проблемы со здоровьем в течении длительного времени.

Когда в общинах нет сложившихся структур, в процесс принятия решений, который может воздействовать на оказание помощи при хронических состояниях, могут быть вовлечены другие общинные лидеры. Одними из тех, кто может указать направление в работе по решению вопросов, связанных с оказанием помощи, могут быть мэры, религиозные и другие местные лидеры. Таким образом, для всех лидеров в общине, таких как лидеры религиозных



групп, школ и организаций-работодателей, важно знать о бремени хронических состояний и стратегиях профилактики. Лидеры играют важную роль в согласовании политики и практики с основными целями оптимальной системы оказания помощи при хронических состояниях.

ЛИВАН

Эффективное и доступное лечение детей

Основные элементы:

- Обеспечение дополнительных услуг (община)
- Повышение информированности и уменьшение стигматизации (община)

Пробелы в системе государственного здравоохранения Ливана заполняются неправительственными организациями, такими как Центр оказания помощи больным хроническими заболеваниями, которые специализируются на ведении детей с хроническими состояниями. Одной из приоритетных областей деятельности этого Центра является талассемия - хроническое генетическое заболевание крови, которое особенно распространено в Ливане и других странах Восточного Средиземноморья.

Центр обеспечивает эффективное и доступное лечение талассемии при небольших затратах для пациентов и их семей. Министерство здравоохранения и Европейская комиссия поддерживают эту деятельность по оказанию медицинской помощи с 1994 года.

При поддержке Министерства по социальным вопросам Центр также координирует национальную программу по повышению информированности и изменению негативного отношения к этому хроническому состоянию. Разработанная на основе пятилетнего плана действий, эта программа нацелена на различные группы: медицинских работников, университеты, средне образовательные школы, молодежные группы и работников первичной медико-санитарной помощи.

Источник: <http://www.chroniccare.org.lb>

ПЕРУ

Участие общины в улучшении системы первичной медико-санитарной помощи

Основные элементы:

- Поощрение лучших результатов за счет лидерства и поддержки (община)
- Мобилизация и координация ресурсов (община)

Местные административные комитеты по вопросам здравоохранения (CLAS) в Перу являются частными некоммерческими учреждениями, управляемыми на общинном уровне, которые созданы членами общины при медицинском центре или пункте. Их цель заключается в повышении качества услуг по оказанию первичной медицинской помощи за счет участия общины в планировании работы по оказанию медицинской помощи населению и управления ею. CLAS сотрудничает с медицинскими работниками в целях разработки местного плана здравоохранения, определения бюджета и контроля за расходами и за обеспечением членов общины медицинскими услугами. Такая структура дает целый ряд выгод:

- ⊕ Планирование мероприятий в области здравоохранения на уровне общины
- ⊕ Повышение уровня подотчетности в области медицинской помощи и стимулирование работы по повышению продуктивности
- ⊕ Гибкость в распоряжении бюджетными средствами
- ⊕ Гибкость в наборе персонала
- ⊕ Повышение качества помощи

Cotlear D. Peru: Reforming Health Care for the Poor. 2000; The World Bank, Latin America and the Caribbean Regional Office, Human Development Department, LCSHD Paper Series No. 57.



Большое воздействие на осуществление деятельности на общинном уровне, связанной с здравоохранением, могут оказать средства, мобилизуемые на местном уровне. Важными видами деятельности, которые можно проводить посредством мобилизации местных групп, являются кампании по укреплению здоровья и профилактике, оценка факторов риска, подготовка общинных медицинских работников или обеспечение медицинских центров базовым оборудованием и материалами. В этом плане бесценную роль могут сыграть общинные лидеры из местных и международных организаций, НПО, общинные группы поддержки и женские организации. Их можно поощрять к мобилизации средств и определению финансовых схем, которые позволят мобилизовать ресурсы на поддержку работы по скринингу, профилактике и улучшению систем ведения хронических состояний.

БРАЗИЛИЯ

Профилактические медицинские службы в общинах с низким уровнем ресурсов

Основные элементы:

- Мобилизация и координация ресурсов (община)
- Обеспечение дополнительных услуг (община)

Сеара - один из бедных штатов в Бразилии - разработал типовую систему медицинской помощи, которая может быть реализована другими странами с ограниченным уровнем ресурсов, доходов и образования. В 1987 г. вспомогательный персонал под надзором подготовленных медсестер (одна медсестра на 30 медицинских работников), проживающий в местных общинах, приступил к проведению ежемесячных посещений семей на дому в целях оказания им различных основных медицинских услуг. Эта программа оказалась успешной в плане улучшения состояния здоровья детей и вакцинации, дородового ухода и обследования женщин на предмет обнаружения рака. Кроме того, она оказалась дешевой. Медицинские работники получали заработную плату по минимальным окладам, медицинские препараты использовались мало, и работа проводилась без присутствия врачей. Кроме того, на эту программу была затрачена очень незначительная часть государственного бюджета на здравоохранение.

В 1994 г. эта программа подготовки медицинских работников была интегрирована в Программу здоровья семьи, которая предусматривает включение в группу медицинских работников врачей и медсестер. Таким образом, в Бразилии впервые введена в действие крупномасштабная комплексная система профилактических услуг.

Svitone, EC, Garfield, R, Vasconcelos, MI, & Craveiro, VA. Primary health care lessons for the Northeast of Brazil: the Agentes de Saude Program, Pan Am J Public Health 2000;7(5):293-301.

Обеспечение дополнительных услуг

Местные и международные НПО играют важную роль в обеспечении дополнительных профилактических и лечебных услуг для общины наряду с участием членов этой общины. У каждой общины есть своя неофициальная сеть провайдеров, таких как общинные медицинские работники и добровольцы, которые оказывают неоценимую помощь в ведении и профилактике хронических проблем со здоровьем. Во многих развивающихся странах медицинские организации и НПО используют эту сеть общинных медицинских работников для создания крепких связей с общинами и тем самым обучают их оказывать основные услуги пациентам с хроническими состояниями, в том числе услуги по информированию их о рисках и обучению навыкам самоконтроля. В других ситуациях эти неофициальные провайдеры действуют на самостоятельной основе и могут выполнять более эффективную работу, если у них будут налажены более крепкие связи с учреждением здравоохранения. В этом случае их можно обучить навыкам оказания основных услуг и поощрять к просветительской деятельности по профилактике хронических проблем среди всех членов общины.

Накладки в услугах между учреждением здравоохранения и местными организациями следует свести до минимума. Цель этих организаций и общин – обеспечить дополнительные функции.

"Новаторские методы оказания помощи при хронических состояниях: Основные элементы для действий"



В идеальном случае общинные организации заполняют пробелы в системе услуг для пациентов, страдающих хроническими проблемами, которые не оказываются в учреждениях здравоохранения.

ЗАМБИЯ

Система помощи на дому для больных ВИЧ/СПИДом и туберкулезом

Основные элементы:

- Поощрение лучших результатов посредством лидерства и поддержки (община)
- Мобилизация и координация ресурсов (община)
- Обеспечение дополнительных услуг (община)

Только небольшая часть людей, живущих в Африке в условиях ВИЧ/СПИДа, имеют доступ к медицинской помощи на дому. Медицинскую помощь людям, живущим в условиях ВИЧ/СПИДа, и больным туберкулезом в Замбии оказывают две программы на уровне общин, которые координируются Фондом в интересах здоровья семьи и католическим приходом Ндолы.

В обеих программах община используется в качестве одного из партнеров в системе медицинской помощи. Мобильные группы общинных медсестер оказывают пациентам прямую помощь и поддерживают общинных медицинских работников. Медсестры и общинные добровольцы осуществляют самые различные задачи, в том числе оказание пациентам непосредственной помощи, содействие самоконтролю и оказание поддержки лицам, занимающихся уходом за членами семьи.

Интеграция системы оказания помощи на дому больным ВИЧ/СПИДом и туберкулезом является, судя по всему, одним из факторов успешного осуществления этих программ. Достижение высоких показателей излечения туберкулеза оказалось возможным за счет использования системы ДOTS в рамках общины. При этом обнаружение ВИЧ-инфицированных среди пациентов, страдающих туберкулезом, и наоборот, существенно облегчается.

Nsutebu EF, Walley JD, Mataka E, Simon CF. Scaling up HIV/AIDS and TB home-based care: lessons from Zambia. Health Policy and Planning 2000;16(3),240-7.

Макроуровень: основные элементы позитивной политической среды

Политика является мощным средством организации системы ценностей, принципов и общих стратегий правительств или административных подразделений по снижению бремени хронических состояний. Руководствуясь должным образом разработанной политикой и планами, директивные и плановые органы могут оказать существенное воздействие на здоровье населения. Для оптимизации медицинской помощи при хронических состояниях нужна благоприятная политическая среда. Основные компоненты на политическом уровне излагаются ниже.



ФИНЛЯНДИЯ

Уменьшение стигматизации и улучшение помощи в случае хронических психических расстройств

Основные элементы:

- Организация и оснащение медицинских групп (учреждение здравоохранения)
- Повышение информированности и уменьшение стигматизации (община)
- Обеспечение дополнительных услуг (община)

Начиная с 1990-х годов показатели распространения депрессии, а также случаи самоубийств в Финляндии начали повышаться. Новаторский проект по решению этих все более сложных задач включал планы по повышению информированности населения о проблеме депрессии в дополнение к налаживанию межсекторальных связей по оказанию помощи лицам, страдающим от последствий этого явления. В этой связи были разработаны и внедрены в практику учебные курсы для специалистов-медиков и профессиональных социальных работников. Были проведены массовые кампании, и созданы в общинах группы самопомощи в интересах тех лиц, которые обнаруживают симптомы депрессии. Внутренняя оценка позволила обнаружить, что осведомленность населения о депрессии к концу этого десятилетия значительно возросла; эта тема регулярно рассматривается в средствах массовой информации. Кроме того, по сообщениям, специалисты-медики занимаются лечением людей, страдающих депрессией, гораздо шире, чем до начала осуществления проекта.

Программа по шизофрении была направлена на снижение долгосрочного пребывания на стационарном лечении в больницах больных, которым диагноз "шизофрения" был поставлен впервые, а также хронических пациентов на 50% в течение десятилетнего периода. Эта цель была выполнена и перевыполнена. Продолжительность пребывания в психиатрических больницах пациентов, которым диагноз "шизофрения" был поставлен впервые, снизилась на 60%, а пациентов, страдающих хронической шизофренией, – на 68%. Программа предусматривала подключение к этой работе семей пациентов, а также новые подходы к лечению психических заболеваний. Для того чтобы обеспечить безопасность больных и не допустить их госпитализации, в общинах работали многодисциплинарные группы по урегулированию кризисных ситуаций. Эта программа характеризовалась общенациональным успехом в деле облегчения быстрой выписки больных из лечебных учреждений.

Lehtinen V, & Taipale V. Integrating mental health services-the Finnish experiment. International Journal of Integrated Care 2001;1(3).

Обеспечение лидерства и пропаганды

Лица, принимающие решения, могут оказать воздействие на руководителей правительств в плане улучшения медицинской помощи при хронических состояниях. В этой связи необходимо сначала определить руководителей, затем подталкивать их к созданию благоприятной политической обстановки для пациентов, их общин и учреждений здравоохранения, занимающихся решением хронических проблем со здоровьем. Необходимо также обратить внимание на эти проблемы других важных групп и проинформировать их об увеличении бремени хронических состояний и о наличии эффективных стратегий и моделей их лечения.

Лица, принимающие решения, могут также повысить уровень осведомленности лиц, разрабатывающих политику, лидеров в области здравоохранения, медицинских работников, общественности в целом, пациентов и их семей. На эти группы можно оказать воздействие путем использования целого ряда зарекомендовавших себя стратегий по активизации пропаганды. Например, можно привлечь к работе достойных доверия представителей, которые могли бы давать информацию о хронических состояниях. Для создания атмосферы лидерства и поддержки многое могут сделать эффективные кампании, используя средства массовой информации.



БОТСВАНА

Ведущая роль правительства в решении проблемы хронических состояний

Основные элементы:

- Обеспечение лидерства и пропаганды** (политическая среда)
- Укрепление и распределение людских ресурсов** (политическая среда)

В настоящее время в Ботсване численность населения повышается, коэффициенты фертильности снижаются, а распространенность хронических состояний, таких как рак, различные виды диабета и гипертензия, увеличиваются. Наблюдается также рост числа смертных случаев от инсульта в результате осложнения, вызванного гипертензией. По всей стране все больше и больше людей, страдающих хроническими болезнями, обращаются за помощью и лечением. Для решения этой проблемы правительство Ботсваны приняло многосторонний подход. В 2002 г. Министерство здравоохранения учредило группу, в задачу которой входит эпиднадзор, профилактика и контроль за неинфекционными заболеваниями. Кроме того, увеличение бремени ВИЧ/СПИДа обусловило соответствующий сдвиг в подготовке медицинских работников, которые когда-то готовились для лечения только острых случаев.

Источник: Министерство здравоохранения Ботсваны, Отдел общинных служб, Группа по эпидемиологии и контролю за болезнями, 2002 г.

Интеграция политики

Комплексная политика в области хронических состояний позволяет свести к минимуму накладку и фрагментацию системы здравоохранения. Политика оказывается наиболее эффективной тогда, когда она переходит границы конкретных болезней и переносит акцент в работе с ведением одного пациента в данный момент времени на ведение определенной группы населения. Она также оказывается наиболее эффективной и в тех случаях, когда она включает стратегии в области профилактики, укрепления здоровья и контроля за болезнями и когда она четко увязана с другими государственными программами и организациями, созданными на базе общин.

Разработка политики и планирование работы в области здравоохранения - процессы непрерывные. Для поддержки эффективных стратегий в области оказания медицинской помощи политику и планы необходимо все время обновлять на основе постоянно меняющихся потребностей и эффективных стратегий вмешательства.

Содействие последовательному финансированию

Финансирование здравоохранения является важным механизмом, с помощью которого вступают в силу политика и планы. Финансовые решения на основе принципов справедливости и эффективности обеспечат адекватный доступ к медицинской помощи и охват всех сегментов населения. В целях поощрения осуществления новаторских стратегий в области медицинской помощи следует использовать все финансовые компоненты (финансирование, распределение ресурсов, систему подрядов и возмещение расходов).

Во всех случаях, прежде всего в случае хронических состояний, финансирование оказывается наиболее эффективным тогда, когда оно обеспечивается в последовательном порядке во всех подразделениях системы здравоохранения. Оно должно носить комплексный характер для всех традиционно отдельных категорий болезней, таких как ВИЧ/СПИД и различные виды диабета, а также на всех уровнях медицинской помощи и медицинских учреждений, например на уровне первичной медико-санитарной помощи и на уровне медицинской помощи в больничных условиях. Наконец, финансирование должно носить структурный характер, с тем чтобы заданный уровень ресурсов можно было поддерживать в течение определенного времени. (Более подробную информацию о финансировании здравоохранения можно найти на сс. 72–80 настоящего доклада).

"Новаторские методы оказания помощи при хронических состояниях: Основные элементы для действий"



ИНДИЯ

Объединение систем ведения и профилактики неинфекционных болезней

Основные элементы:

- Интеграция политики** (политическая среда)
- Обеспечение лидерства и пропаганды** (политическая среда)
- Укрепление и распределение людских ресурсов** (политическая среда)

В настоящее время в Индии получают распространение сердечно-сосудистые заболевания, цереброваскулярные заболевания, различные виды диабета и рак, представляющие собой особые проблемы в области здравоохранения. Помимо увеличения доли взрослых старшего возраста, увеличивается и доля населения в целом, которые подвергаются рискам, связанным с некоторыми хроническими состояниями. В стране обостряется проблема ожирения, снижается физическая активность, значительно расширяются масштабы потребления табака.

Хотя обычно считается, что неинфекционные болезни более распространены среди групп населения с более высоким уровнем дохода, тем не менее, данные, полученные в ходе национального обследования в Индии в 1995-1996 гг., показывают, что потребление табака и злоупотребление спиртными напитками характеризуются более высокими показателями в 20-процентном квинтиле населения с самым низким уровнем дохода. В этой связи правительство Индии предполагает, что в ближайшие годы в более низких социально-экономических группах увеличится распространенность состояний, связанных с потреблением табака.

Правительство приняло комплексную программу ведения неинфекционных болезней. Основные компоненты этой программы изложены ниже:

- ⊕ Медико-санитарное просвещение по вопросам первичной и вторичной профилактики неинфекционных болезней путем активизации деятельности на уровне общин, включая средства массовой информации
- ⊕ Разработка протоколов лечения для обучения и подготовки врачей по диагностике и ведению неинфекционных болезней
- ⊕ Укрепление/создание условий для постановки диагноза и лечения сердечно-сосудистых заболеваний и инсульта, а также создание системы связей с врачами-специалистами
- ⊕ Содействие производству доступных лекарственных средств для лечения диабета, гипертензии и инфаркта миокарда
- ⊕ Развитие и поддержка учреждений по реабилитации инвалидов
- ⊕ Поддержка исследовательской работы в целях:
 - проведения эпидемиологических исследований в области сердечно-сосудистых заболеваний, инсульта, диабета
 - принятия многосекторальных мер вмешательства на уровне групп населения в целях снижения факторов риска
 - укрепления роли питания и исследования факторов, связанных с образом жизни
 - развития системы затратоэффективных мер вмешательства на каждом уровне медицинской помощи.

Источник: Комиссия по планированию, Индия, 2002 г.



ПЕРУ

Улучшение системы лечения туберкулеза путем поддержки на политическом уровне

Основные элементы:

- Обеспечение лидерства и пропаганды (политическая среда)
- Содействие последовательному финансированию (политическая среда)
- Обеспечение качества за счет лидерства и стимулирования (учреждение здравоохранения)
- Организация и оснащение медицинских групп (учреждение здравоохранения)

В Перу туберкулез является национальным приоритетом. Программа борьбы с туберкулезом в Перу привела к тому, что доля больных, страдающих этим инфекционным заболеванием, которые проходят лечение по методу ДOTS, увеличилась с 70% в 1990 г. до 100% в 1998 г., причем показатель излечения составляет более 90%. В рамках этой программы медицинские препараты даются бесплатно, а для того чтобы стимулировать пациентов с низким уровнем дохода соблюдать курс лечения, им выдаются пищевые продукты. Быстрый успех этой программы оказался возможным в силу наличия в стране на местах подготовленных медсестер, а также в силу политической поддержки, достаточных ресурсов, выделяемых на лекарственные средства, и динамичного лидерства.

Источник: Scaling up the response to infectious diseases: A way out of poverty. World Health Organization, 2002.

Развитие и распределение людских ресурсов

Органы просвещения в состоянии укрепить систему медицинской помощи при хронических состояниях путем повышения уровня подготовки медицинских работников. Например, можно улучшить учебные программы подготовки врачей и медсестер в целях более полного удовлетворения потребностей пациентов, страдающих хроническими болезнями. Таким образом, лица, принимающие решения в министерствах образования, играют важную роль в деле улучшения медицинской помощи при хронических состояниях, поэтому лица, принимающие решения в министерствах здравоохранения, не должны упускать из виду эту важную связь.

Помимо совершенствования учебных программ, значительно улучшить ситуацию в области борьбы с проблемой хронических состояний может система подведомственного непрерывного образования специалистов-медиков в этой конкретной области. В целях привлечения и создания оптимального сочетания специалистов-медиков, которые нужны для удовлетворения спроса, обусловленного хроническими проблемами со здоровьем, полезно использовать систему стимулов и квот.

Концепция распределения и развития людских ресурсов выходит за рамки провайдеров прямых услуг. Для улучшения системы лечения хронических состояний необходимо привлекать лиц, занимающихся планированием, исследователей, разработчиков информационной технологии и вспомогательного персонала. Необходимо изучить возможность создания новых категорий медицинских работников, таких как консультанты по самоконтролю, поскольку они могут помочь в удовлетворении растущих потребностей в лечении хронических состояний.



ИСЛАМСКАЯ РЕСПУБЛИКА ИРАН

Решение проблемы хронических состояний в системе первичной медицинской помощи

Основные элементы:

- Укрепление партнерских отношений (политическая среда)
- Обеспечение лидерства и пропаганды (политическая среда)
- Развитие и распределение людских ресурсов (политическая среда)
- Поддержка преемственности и координации (учреждение здравоохранения)
- Организация и оснащение медицинских групп (учреждение здравоохранения)

С 1979 г. политика Исламской Республики Иран в области здравоохранения строится на базе первичной медицинской помощи с особым акцентом на расширение сетей и программ здравоохранения в сельских районах. В городках и небольших селениях медицинский центр осуществляет свои функции с помощью большого числа здравпунктов, которые являются первой точкой контакта для членов общины. Каждый здравпункт обслуживает группу населения численностью около 1500 человек, причем обязанность по оказанию помощи возлагается на "бехварц" (то есть на медицинских работников). В сельских медицинских центрах работают врачи общей практики, акушерки и дантисты. Эти медицинские центры осуществляют надзор, оказывают поддержку и принимают больных, направленных к специалистам здравпунктами.

Городские медицинские центры в основном выполняют свои функции с помощью медицинских пунктов. Окружные больницы в городах обеспечивают услуги в случаях, переданных им сельскими, а также городскими медицинскими центрами. На окружные больницы возложена задача по оказанию специализированной, больничной и амбулаторной лечебной помощи.

Многие регионы в последнее время ввели в действие четкие стандарты и руководящие принципы, касающиеся различных форм диабета и гипертензии. Деятельность по оказанию первичной медицинской помощи в здравпунктах и медицинских пунктах распространяется на общины, в которых медицинская помощь не обеспечивалась, и оказывают услуги по последующему наблюдению и лечению, особенно в случаях туберкулеза, малярии и психических расстройств. В последнее время в некоторых общинах в систему медицинской помощи включены гипертензия и различные виды диабета. Министерство здравоохранения и медицинского образования несет ответственность как за оказание медицинских услуг, так и за медицинскую подготовку в стране. Кроме того, поощряется активное привлечение к работе общин по планированию и обеспечению медицинских услуг.

В течение последних 15 лет ожидаемая продолжительность жизни в Исламской Республике Иран увеличилась на 13 лет среди мужчин и на 15 лет среди женщин. Кроме того, снизилась материнская и детская смертность более чем на одну четверть от тех показателей, которые были зафиксированы 15 лет назад. Охват первичной медицинской помощью составляет в настоящее время более 90% населения, что значительно выше тех незначительных показателей охвата, которые наблюдались в начале 1980-х годов. Эти результаты в области здравоохранения достигнуты в условиях демографических и эпидемиологических изменений в стране.

*Источник: Министерство здравоохранения и медицинского образования,
Исламская Республика Иран, 2001 г.*

Укрепление законодательной основы

Бремя хронических состояний может быть снижено посредством применения соответствующих законодательных мер. Например, законодательство, которое обязывает использовать ремни безопасности и соблюдать ограничения скорости и предусматривает преследование водителей, нарушивших правила дорожного движения, имеет важное значение для профилактики травматизма, приводящего к инвалидности, которая зачастую приобретает хронический характер. Кроме того, бремя, связанное с хроническими состояниями, снижается

"Новаторские методы оказания помощи при хронических состояниях: Основные элементы для действий"



за счет ведения контроля за продуктами, сопряженными с риском для здоровья. Законодательные меры, предусматривающие применение критерия возраста, и меры, направленные на ограничение продажи молодежи табачных изделий и спиртных напитков, дают положительный эффект, равно как и законы, ограничивающие или запрещающие рекламу табачных изделий. Следует также рассмотреть возможность введения правил, регламентирующих информационную маркировку пищевых продуктов.

Законодательство также может способствовать защите прав людей, страдающих хроническими заболеваниями. Права человека в области здравоохранения можно укрепить посредством обеспечения доступа к медицинской помощи и добровольному лечению. В целях защиты медицинских учреждений и медицинских работников можно развивать и укреплять нормативную основу регулирования. Можно также принять антидискриминационные законы в области жилья и трудоустройства лиц с хроническими состояниями.

Укрепление партнерских отношений

В условиях существующей политической среды крепкие партнерские отношения, налаженные между государственными секторами, могут оказать определенное воздействие на здоровье и лечение хронических состояний. Здесь важно проанализировать ситуацию в таких секторах, как сельское хозяйство, трудовые ресурсы, образование и транспорт, которые имеют важное значение, поскольку они обладают огромными возможностями в плане воздействия на здоровье и профилактику хронических состояний, но делают это не всегда конструктивным образом. Например, сельскохозяйственная политика, которая преследует только коммерческие цели, необязательно соответствует аналогичным образом национальным потребностям в области здравоохранения и питания; повышению уровня физической активности и безопасности могла бы также способствовать соответствующая транспортная политика.

Для определения той политики, которая позволяет в максимальной степени улучшить состояние здоровья населения и одновременно решить экономические задачи, необходимо работать с различными секторами. Можно оказать также влияние на негосударственные секторы здравоохранения, например на частных провайдеров медицинских услуг и благотворительные учреждения. Следует также рассмотреть и, при необходимости, укрепить связи с окружными, муниципальными или местными органами управления и общинными структурами, такими как религиозные группы, школы и работодатели. Важными партнерами в деле улучшения системы оказания медицинской помощи при хронических состояниях следует считать НПО, созданные на основе профессиональных интересов, интересов пациентов и их семей.



ФИЛИППИНЫ

Реформа Национального сектора здравоохранения

Основные элементы:

- Интеграция политики (политическая среда)
- Обеспечение лидерства и пропаганды (политическая среда)

Увеличение ожидаемой продолжительности жизни, урбанизация и изменение образа жизни привели к значительным изменениям в состоянии здоровья на Филиппинах. Глобализация и социальные перемены оказывают влияние на распространение неинфекционных заболеваний или заболеваний, обусловленных образом жизни/дегенеративных заболеваний в результате увеличения подверженности риску. По мере повышения национального дохода на душу населения постепенно формируются социально-экономические условия, способствующие повсеместному распространению опасного для здоровья поведения. Это, в свою очередь, ставит перед руководством и системой здравоохранения страны большую задачу по борьбе с болезнями, обусловленными образом жизни/дегенеративными болезнями в числе прочих, до сих пор не решенных проблем, связанных с инфекционными болезнями.

Круг задач, предусмотренных реформой государственного сектора Министерства здравоохранения Филиппин, включает улучшение системы медицинских услуг в целях обеспечения более эффективного осуществления программ в области общественного здравоохранения. В качестве целевой группы является население, не охваченное должным образом медицинским обслуживанием. Реформа здравоохранения осуществляется в масштабах всей системы здравоохранения.

Что касается хронических состояний, то деятельность, предусмотренная реформой, сосредоточена на:

- ⊕ руководящих принципах и клинических схемах
- ⊕ системах эпиднадзора
- ⊕ системах регистрации
- ⊕ подходах на уровне общин
- ⊕ исследованиях
- ⊕ финансировании здравоохранения

Эта деятельность разрабатывается в соответствии с уникальными потребностями, обусловленными различными хроническими состояниями, включая сердечно-сосудистые заболевания, рак, различные формы диабета, астму и скелетно-мышечные нарушения.

Источник: Министерство здравоохранения Филиппин, 2001 г.



Структура новаторских методов оказания помощи при хронических состояниях



Резюме

Инициаторами изменений в системе здравоохранения в целях решения задач по оказанию помощи при хронических состояниях могут выступить лица, принимающие решения, и другие руководители в области здравоохранения. Для обеспечения максимальной эффективности эти руководители должны изучить возможность воздействия на систему на микро-, мезо- и макроуровнях. Изменения можно начать с небольших шагов, используя различные основные элементы, описанные в настоящем разделе. Полная модернизация системы не нужна, хотя чем больше основных элементов будет включено в систему здравоохранения на микро-, мезо- и макроуровнях, тем больше будут, как ожидается, полученные выгоды.

Когда основные элементы объединены в соответствующие концептуальные рамки, руководители могут лучше понять процессы планирования и изменений. Наиболее оптимальными являются всесторонние модели систем здравоохранения, поскольку они дают людям больше возможностей для обдумывания этих проблем и обеспечивают лучшие результаты после их реализации. В случае хронических состояний более перспективными с точки зрения будущего как руководителей системы здравоохранения, так и пациентов являются новые и расширенные модели, которые включают основные элементы на уровне определения политики.

Раздел 4

Принятие мер для улучшения помощи при хронических состояниях

Ни одна система здравоохранения не избавлена от необходимости реагировать на растущую эпидемию хронических состояний, и эта задача сохраняется, несмотря на ограниченность ресурсов для оказания медицинской помощи. В любой системе ресурсы являются ограниченными, и даже системы, располагающие, казалось бы, значительными ресурсами, стоят перед дилеммой распределения средств и планирования медицинского обслуживания населения на будущее. Кроме того, несмотря на экономическое процветание страны, есть группы населения и регионы, которые не имеют адекватного доступа к медицинской помощи.

Директивные органы, формулирующие политику и определяющие систему услуг, сталкиваются с одинаково неопределенными перспективами обеспечения медицинской помощи лицам с хроническими проблемами здоровья. Стоящие перед ними общие задачи, начиная с поддержки пересмотра подходов к медицинской помощи при хронических состояниях и заканчивая обеспечением устойчивого финансирования, в общем и целом одинаковы; однако решения проблем в области здравоохранения могут варьироваться в зависимости от реальной ситуации с ресурсами в каждой стране. Тем не менее, успех в переориентации работы систем здравоохранения будет зависеть от лидерства и просвещенного руководства директивных органов и от того, в какой степени нынешние руководители будут продолжать инвестировать средства исключительно в модель неотложной помощи.

Нижеприведенные восемь основных элементов предлагают практические шаги с учетом имеющихся ресурсов. Однако в пределах одной и той же страны могут существовать географические регионы или условия с разбросом ресурсов от низкого уровня до высокого. В этих условиях лица, принимающие решения, должны устанавливать очередность мероприятий, которые в наибольшей степени соответствуют их специфике. При наличии значительного объема ресурсов, в дополнение к предлагаемым мероприятиям, рассчитанным на высокий уровень ресурсов, следует обеспечивать реализацию предложений, ориентированных на низкий и средний уровни ресурсов.

Независимо от уровня ресурсов, любая система здравоохранения обладает потенциальными возможностями для осуществления значительного улучшения системы медицинской помощи при хронических состояниях. Для достижения успеха ресурсы необходимы, но недостаточны. Лидерство в сочетании с готовностью воспринять изменения и инновации дадут значительно больший эффект, чем простое вливание дополнительных капиталов в заведомо неэффективные системы здравоохранения. Для повышения качества помощи в случаях хронических состояний лица, принимающие решения, нуждаются в:

- ⊕ понимании серьезности проблемы хронических состояний
- ⊕ лидерстве для принятия мер по борьбе с хроническими заболеваниями
- ⊕ четкой оценке их текущей ситуации в области здравоохранения
- ⊕ плане действий.

С чего начать

Восемь основных элементов повышения качества медицинской помощи при хронических состояниях

1. ПОДДЕРЖКА ИЗМЕНЕНИЮ ПАРАДИГМЫ

Что необходимо знать лицам, принимающим решения

Медицинская помощь организована вокруг модели оказания помощи в острых эпизодических ситуациях, которая более не отвечает потребностям пациентов с хроническими состояниями. Уменьшение распространенности инфекционных болезней и быстрое старение населения привели к такому несоответствию между проблемами здоровья и медицинской помощью, и распространенность хронических состояний стала увеличиваться. Пациенты, работники здравоохранения и, что важнее всего, лица, принимающие решения, должны признать, что эффективная помощь при хронических состояниях требует системы медицинской помощи другого вида. Наиболее распространенные проблемы здоровья, например диабет, астма, сердечные заболевания и депрессия, требуют более широкого и регулярного контакта в процессе оказания медицинской помощи. Надлежащее лечение этих состояний часто предполагает использование лекарственных препаратов и всегда требует от пациентов изменения образа жизни с целью контроля хронических проблем здоровья. Системы здравоохранения, основанные на модели оказания помощи в острых эпизодических ситуациях, не способны удовлетворять этим требованиям.

Ваша ситуация на сегодняшний день

- ⊕ Способна ли ваша система здравоохранения обеспечивать лекарственные препараты в дополнение к поддержке усилий пациентов, направленных на то, чтобы держать под контролем хронические проблемы?
- ⊕ Что произойдет, если допустить дальнейшее оказание медицинской помощи исключительно на основе парадигмы оказания помощи в острых ситуациях?
- ⊕ Как улучшится здоровье населения при сдвиге парадигмы от оказания помощи в острых ситуациях к оказанию помощи при хронических состояниях?

Что вы можете предпринять

Рассмотрите возможность использования следующих основных элементов "Структуры новаторских методов оказания помощи при хронических состояниях":

- Политика*: Обеспечение лидерства и пропаганды
- Политика*: Интеграция политики
- Учреждение здравоохранения*: Обеспечение качества за счет лидерства и стимулирования
- Учреждение здравоохранения*: Организация и оснащение медицинских групп
- Община*: Повышение информированности и уменьшение стигматизации.



Низкий уровень ресурсов

Эта ситуация характеризуется дефицитом ресурсов (финансовых и людских) на здравоохранение. Комплексная помощь при хронических состояниях полностью отсутствует или оказывается в крайне ограниченных пределах. Координация и преемственность в оказании медицинских услуг отсутствуют. Услуги (в тех случаях, когда они оказываются) носят разобщенный характер и рассчитаны на острые проблемы. Компьютеры являются редкостью. Хотя описанная ситуация с ресурсами чаще всего наблюдается в странах с низким уровнем доходов, тем не менее, она ими не ограничивается; во многих странах с высоким уровнем доходов также существуют группы населения (например, сельское население и группы коренного населения), получающие медицинскую помощь такого же порядка.







Средний уровень ресурсов

В этой ситуации здравоохранение располагает большим объемом ресурсов, хотя они и являются ограниченными. В определенных ситуациях, например в городских больницах или в случае осуществления экспериментальных программ оказания помощи на общинном уровне, помощь лицам при хронических состояниях отличается меньшей фрагментарностью, однако эти центры немногочисленны, и их недостаточно для оказания медицинской помощи при хронических нарушениях всему населению. Провайдеры первичной медико-санитарной помощи в значительной мере не информированы в вопросах непрерывного оказания помощи в случае хронических состояний и не обучены этому. Компьютеры могут иметься в наличии, однако они, как правило, установлены в городских учреждениях. Данные о приеме и выписке пациентов из клиник и больниц могут представлять единственную категорию данных, имеющихся в информационных системах.

Высокий уровень ресурсов

Этот ресурсный сценарий наблюдается в значительной мере в экономически развитых странах, располагающих достаточными ресурсами для здравоохранения. В отдельных местах могут существовать новаторские программы оказания помощи при хронических состояниях. Однако несмотря на относительную доступность ресурсов, в большинстве случаев при оказании медицинской помощи по-прежнему используется модель неотложной эпизодической помощи. Компьютеры и информационные системы получили широкое распространение, хотя отслеживаемые ими показатели используются главным образом для финансовых целей.

Примеры практических шагов

-  Обсудить настоящий доклад с лицами, принимающими решения, с тем чтобы положить начало дискуссии по вопросам внесения изменений в систему здравоохранения.
-  Вести сбор информации по проблеме хронических состояний в вашем учреждении.
-  Обращать внимание лиц, формулирующих политику, и органов здравоохранения на растущее бремя хронических состояний и на наличие эффективных мер лечения.
-  Использовать средства массовой информации в качестве форума для воспитания широкой общественности и содействия формированию новых взглядов с помощью гласности, рекламы и регулярных программ.
-  Использовать легко доступные влиятельные и вызывающие доверие голоса для распространения информации о хронических состояниях.
-  Стимулировать распространение новых идей с помощью демонстрационных программ о новаторских моделях и стратегиях оказания помощи.
-  Использовать стратегии массового маркетинга, для того чтобы убедить население изменить взгляд на хронические состояния.



2. ИЗМЕНЕНИЕ ПОЛИТИЧЕСКОЙ СРЕДЫ

Что необходимо знать лицам, принимающим решения

Разработка политики и планирование неизбежно происходят в политическом контексте. В этой связи необходимо учитывать мнения лиц, принимающих политические решения, лидеров здравоохранения, пациентов и их семей, членов общины, а также организаций, которые их представляют. Каждая группа будет иметь свои ценности, интересы и сферу влияния. Для успешного сдвига в направлении оказания помощи при хронических состояниях важно начать двусторонний обмен информацией и создать консенсус и политическую приверженность среди указанных участников на каждом этапе.

Ваша ситуация на сегодняшний день

- ⊕ Имеются ли у вас механизмы проведения консультаций с теми, кто способен повлиять на политический процесс изменений в сфере оказания медицинской помощи?
- ⊕ Разъясняете ли вы посредникам и другим заинтересованным сторонам выгоды, обусловленные ведением хронических состояний?
- ⊕ В какой степени вы учитываете разнообразные позиции посредников и других заинтересованных сторон в процессе планирования оказания медицинской помощи?

Что вы можете предпринять

Рассмотрите возможность использования следующих основных элементов "Структуры новаторских методов оказания помощи при хронических состояниях":

- Политика*: Обеспечение лидерства и пропаганды
- Учреждение здравоохранения*: Обеспечение качества за счет лидерства и стимулирования
- Община*: Поощрение лучших результатов посредством лидерства и поддержки
- Община*: Повышение информированности и уменьшение стигматизации.

Примеры практических шагов

- 🕒 Разъяснять и информировать пациентов, семьи и других влиятельных лиц о растущем бремени хронических состояний и о существовании эффективных стратегий их ведения в национальном контексте.
- 🕒 Развивать диалог с ведущими руководителями в правительстве, учреждением здравоохранения и общиной с целью улучшения понимания их ценностей и интересов.
- 🕒 Использовать лиц, формирующих общественное мнение по вопросам здравоохранения, и лидеров общин для пропаганды изменений в местных контекстах.
- 🕒 Выявлять организации и ассоциации, представляющие различные интересы в ходе дискуссии по вопросам оказания медицинской помощи.
- 🕒 Включать заинтересованные стороны в процесс разработки политики и планирования оказания услуг.
- 🕒 Развивать политическое лидерство и приверженность с целью переориентации оказания медицинской помощи на хронические состояния.
- Составлять систематические обзоры затрат и последствий ведения хронических состояний.
- Проводить исследования на местном уровне с целью демонстрации экономичности новаторских моделей и стратегий оказания помощи.



3. СОЗДАНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Что необходимо знать лицам, принимающим решения

Системы здравоохранения должны предохраняться от фрагментации служб. Необходимо объединить помощь при хронических состояниях, чтобы обеспечить обмен информацией между учреждениями и провайдерами и ускорить обмен такой информацией (начиная с первого контакта пациента). Интеграция включает также координацию финансирования во всех отраслях медицинской помощи (например, больничной и амбулаторной помощи и фармацевтических служб), включая усилия по профилактике и привлекая ресурсы общины, которые могут усилить общие службы медицинской помощи. Результатом комплексных служб являются улучшение здоровья, уменьшение потерь, увеличение эффективности и уменьшение разочарований у пациентов.

Ваша ситуация на сегодняшний день

- ⊕ В какой степени интегрированы элементы вашей системы здравоохранения?
- ⊕ Если вы допускаете фрагментацию служб, то каковы связанные с этим издержки? Каков положительный эффект от этого?
- ⊕ Какие стратегии использовались вами в прошлом для успешного интегрирования фрагментированных элементов вашей системы в единое целое?

Что вы можете предпринять

Рассмотрите возможность использования следующих основных элементов "Структуры новаторских методов оказания помощи при хронических состояниях":

- Политика:* Интеграция политики
- Политика:* Укрепление партнерских отношений
- Учреждение здравоохранения:* Использование информационных систем
- Община:* Мобилизация и координация ресурсов

Примеры практических шагов

- 🕒 Обеспечить обновление мер политики, планов и структур финансирования и отражение в них согласованной информации о хронических состояниях.
- 🕒 Разработать базовые реестры пациентов – вплоть до простых блокнотов, заполняемых карандашом, – и базовые информационные системы.
- 🕒 Совершенствовать информационные системы с целью повышения уровня координации с охватом государственных и частных систем оказания медицинской помощи и провайдеров, в том числе во времени.
- 🕒 Разработать стратегии обмена информацией между учреждениями здравоохранения и общинами.
- 🕒 Увязать различные уровни оказания медицинской помощи с помощью общей информационной системы.



4. СОГЛАСОВАНИЕ ПОЛИТИКИ СЕКТОРОВ В ЦЕЛЯХ УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ

Что необходимо знать лицам, принимающим решения

В рамках правительства различные органы создают политику и стратегии, влияющие на здоровье населения. Необходимо проанализировать и согласовать политику всех секторов в целях достижения максимальных результатов в отношении здоровья. (*Здоровье для всех в XXI веке, Всемирная организация здравоохранения*). Медицинская помощь может и должна быть приведена в соответствие с практикой труда (например, посредством обеспечения безопасных условий работы), сельскохозяйственными нормами (например, посредством контроля за применением пестицидов), образованием (например, посредством обучения навыкам укрепления здоровья в школах) и более широкими юридическими рамками.

Ваша ситуация на сегодняшний день

- ⊕ В какой мере вы прилагаете усилия для увязки государственных секторов, частных секторов, неправительственных секторов здравоохранения и неправительственных организаций, не имеющих отношения к здравоохранению?
- ⊕ Каковы преимущества и недостатки развития отношений с другими секторами?

Что вы можете предпринять

Рассмотрите возможность использования следующих основных элементов "Структуры новаторских методов оказания помощи при хронических состояниях":

- Политика*: Интеграция политики
- Политика*: Укрепление партнерских отношений.

Примеры практических шагов

- 🕒 Развивать связи с медицинскими работниками частного сектора, включая народных целителей.
- 🕒 Развивать связи с государственными секторами, не относящимися к сфере здравоохранения, которые обладают потенциальными возможностями влиять на здоровье населения.
- 🕒 Поддерживать регулирование и законодательные меры, ограничивающие продажу изделий, которые имеют разрушительное воздействие на здоровье (например, табак и алкоголь).
- 🕒 Проводить в сотрудничестве с другими государственными секторами профилактические мероприятия среди населения.
- 🕒 Создать многосекторальный частный/государственный руководящий орган, выступающий за содействие развитию, профилактику и комплексное ведение хронических состояний.



5. БОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЕРСОНАЛА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Что необходимо знать лицам, принимающим решения

Провайдеры медицинских услуг, персонал системы общественного здравоохранения и те, кто оказывает поддержку учреждениям здравоохранения, нуждаются в новых групповых моделях оказания помощи и основанных на фактических данных навыках преодоления хронических состояний. При оказании помощи пациентам с хроническими проблемами необходимы более совершенные навыки общения, методы изменения поведения, просвещение пациентов и навыки консультирования. Безусловно, для оказания таких услуг медицинским работникам необязательно иметь дипломы врача. Важную роль в этом могут сыграть работники здравоохранения с менее высоким уровнем образования и подготовленные добровольцы.

Ваша ситуация на сегодняшний день

Каков статус ваших моделей подготовки кадров, и какие подходы к распределению задач между работниками здравоохранения вы поддерживаете?

Каковы потенциальные выгоды от использования в вашей организации и общине сочетания различных работников здравоохранения?

Что вы можете предпринять

Рассмотрите возможность использования следующих основных элементов "Структуры новаторских методов оказания помощи при хронических состояниях":

- Политика:* Интеграция политики
- Политика:* Укрепление партнерских отношений
- Учреждение здравоохранения:* Организация и оснащение медицинских групп
- Учреждение здравоохранения:* Поддержка самоконтроля и профилактики

Примеры практических шагов

- Содействовать обучению базовым навыкам работников здравоохранения, оказывающих помощь пациентам с хроническими состояниями.
- При наличии многопрофильных работников здравоохранения изучить возможность укрепления их возможностей в области принятия решений в результате установления связей со специалистами.
- Повышать образовательный уровень работников здравоохранения с помощью семинаров и печатных материалов.
- Предписать проведение непрерывного обучения различных работников здравоохранения ведению пациентов с хроническими состояниями.
- Оказывать воздействие на медицинские школы и другие учебные программы с целью содействия развитию системы ведения хронических состояний
- Создать совместные комитеты министерства здравоохранения и министерства образования для содействия углублению общего понимания потребностей в сфере медицинского образования.
- Подготовить работников здравоохранения различных специальностей (например, консультантов по самоконтролю и специалистов по вопросам повышения качества) для удовлетворения меняющихся потребностей в области оказания медицинской помощи.
- Перераспределить учебные ресурсы в пользу работников здравоохранения различных специальностей.



6. СОСРЕДОТОЧЕНИЕ ПОМОЩИ НА ПАЦИЕНТАХ И СЕМЬЯХ

Что необходимо знать лицам, принимающим решения

Поскольку преодоление хронических состояний требует изменения образа жизни и повседневного поведения, основное внимание должно обращаться на центральную роль и ответственность пациента в области медицинской помощи. Такой акцент в работе на пациенте является важным сдвигом в нынешней клинической практике. В настоящее время системы возлагают на пациента роль пассивного получателя помощи, упуская возможность усилить то, что он сам может сделать для укрепления своего здоровья. Медицинская помощь при хронических состояниях должна быть переориентирована на пациента и его семью.

Ваша ситуация на сегодняшний день

- ⊕ В какой степени ваша система здравоохранения акцентирует роль пациента и семьи в процессе оказания помощи при хронических состояниях?
- ⊕ Какие улучшения произошли бы в вашей системе здравоохранения в случае переложения на пациента значительной части помощи? Дает ли это экономию средств? Станет ли ваша система более эффективной?
- ⊕ Что произойдет, если вы будете по-прежнему игнорировать роль и ответственность пациентов?

Что вы можете предпринять

Рассмотрите возможность использования следующих основных элементов "Структуры новаторских методов оказания помощи при хронических состояниях":

- Учреждение здравоохранения: Организация и оснащение медицинских групп
- Учреждение здравоохранения: Поддержка самоконтроля и профилактики

Примеры практических шагов

- Предоставлять пациентам и семьям базовую информацию о ведении хронических состояний.
- Включить в процесс взаимодействия при оказании медицинской помощи обучение методам поддержки самоконтроля.
- Организовать для пациентов и их семей семинары по обучению и развитию навыков ведения хронических состояний.
- Использовать печатные учебные материалы в дополнение к разъяснениям по вопросам самоконтроля.
- Обеспечить пациентам и семьям доступ к информации и поддержке в осуществлении самоконтроля вне стен медицинских учреждений, по телефону или через интернет.
- Использовать компьютеризированную самооценку пациентов для составления индивидуализированных материалов по вопросам самоконтроля.



7. ОКАЗАНИЕ ПОДДЕРЖКИ ПАЦИЕНТАМ В ОБЩИНАХ

Что необходимо знать лицам, принимающим решения

Медицинская помощь пациентам с хроническими состояниями не завершается и не начинается на пороге клиники. Она должна простираться за пределы стен клиники и пронизывать всю жизнь пациента и условия работы. Для успешного ведения хронических состояний пациенты и их семьи нуждаются в услугах и поддержке со стороны местных общинных структур. Кроме того, местные общины могут заполнить серьезные пробелы в медицинских услугах, которые не обеспечиваются организованной медицинской помощью.

Ваша ситуация на сегодняшний день

- ⊕ В какой степени ваша система здравоохранения опирается на различные службы на общинном уровне в плане поддержки помощи при хронических состояниях?
- ⊕ Существуют ли в вашей системе здравоохранения методы обмена информацией и взаимодействия со службами на общинном уровне?
- ⊕ Имеет ли место регулярное направление вашими сотрудниками здравоохранения пациентов с хроническими состояниями в общинные службы?
- ⊕ Поддерживаются ли надлежащим образом ресурсы вашей общины с целью облегчения удовлетворения потребностей, которые не обеспечиваются организациями здравоохранения?

Что вы можете предпринять

Рассмотрите возможность использования следующих основных элементов "Структуры новаторских методов оказания помощи при хронических состояниях":

- Община:* Поощрение лучших результатов посредством лидерства и поддержки
- Община:* Повышение информированности и уменьшение стигматизации
- Община:* Мобилизация и координация ресурсов
- Община:* Обеспечение дополнительных услуг.

Примеры практических шагов

- 🕒 Оказывать поддержку общинным группам и НПО и вовлекать их в оказание помощи при хронических состояниях.
- 🕒 Создать структуру, с помощью которой организации, оказывающие медицинскую помощь, смогут обмениваться информацией по вопросам политики и стратегий с общинными службами.
- 🕒 Поддерживать роль общинных организаций в разработке политики и планировании обслуживания.
- 🕒 Разработать стратегии обмена информацией о пациентах между учреждениями здравоохранения и общинами.
- Обеспечить информированность работодателей по вопросам ведения хронических состояний. Предпринять шаги в поддержку профилактики и усилий по самоконтролю на рабочем месте.



8. ОСОБОЕ ВНИМАНИЕ ПРОФИЛАКТИКЕ

Что необходимо знать лицам, принимающим решения

Большинство хронических состояний поддаются профилактике. Кроме того, многие осложнения хронических состояний могут быть предотвращены. Стратегии сокращения возможности наступления болезни и осложнений включают раннее выявление, увеличение физической активности, сокращение употребления табака и ограничение продолжительного нездорового питания. Профилактика должна стать компонентом каждого мероприятия, проводимого в рамках медицинской помощи.

Ваша ситуация на сегодняшний день

- ⊕ В какой мере ваша система здравоохранения акцентирует профилактику наступления хронических состояний или их осложнений?
- ⊕ Если бы стратегии профилактики обсуждались при каждом контакте в рамках оказания медицинской помощи, какое воздействие это оказало бы, по вашим расчетам, на здоровье ваших граждан?
- ⊕ Какой прогноз вы бы сделали относительно распространенности хронических состояний, если бы профилактика в вашей системе здравоохранения игнорировалась?

Что вы можете предпринять

Рассмотрите возможность использования следующих основных элементов "Структуры новаторских методов оказания помощи при хронических состояниях":

- Политика*: Интеграция политики
- Политика*: Укрепление партнерских отношений
- Политика*: Укрепление законодательной основы
- Учреждение здравоохранения*: Организация и оснащение медицинских групп
- Учреждение здравоохранения*: Поддержка самоконтроля и профилактики
- Учреждение здравоохранения*: Использование информационных систем
- Община*: Обеспечение дополнительных услуг

Примеры практических шагов

- 🕒 Обеспечить уделение внимания профилактике хронических состояний при посещениях в рамках обеспечения первичной медико-санитарной помощи.
- 🕒 Обеспечить работников здравоохранения информацией и вооружить их базовыми навыками с целью помочь пациенту свести до минимума риск, вызывающий хронические состояния.
- 🕒 Поддерживать регулирование и законодательные меры, ограничивающие продажу изделий, имеющих разрушительное воздействие на здоровье (например, табак и алкоголь).
- 🕒 Поддерживать профилактические мероприятия среди населения.
- 🕒 Отслеживать факторы риска и выявлять лиц, подвергающихся опасности возникновения хронических состояний.
- 🕒 С помощью обучения и других средств оказывать помощь провайдерам в "выдвижении профилактики на первый план".
- Обеспечить, чтобы при каждом контакте с пациентом ставился вопрос о профилактике.
- Скорректировать стимулы для провайдеров таким образом, чтобы усилия в области профилактики вознаграждались.



Как осуществлять финансирование: Обеспечение надлежащей и устойчивой финансовой поддержки новаторских методов оказания помощи

Финансирование является важным инструментом претворения в жизнь восьми вышеуказанных основных элементов. В целом, надлежащее финансирование оказания медицинской помощи при хронических состояниях должно определяться принципами, совместимыми с принципами финансирования основной системы здравоохранения (см. полный обзор систем финансирования здравоохранения в *Докладе ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г.*):

- ⊕ Население должно быть защищено от катастрофического финансового риска по причине болезни
- ⊕ Здоровые должны субсидировать больных
- ⊕ Богатые должны, по крайней мере в определенной степени, субсидировать бедных.

Несмотря на эти общие принципы, хронические состояния отличаются уникальными характеристиками, влияющими на финансирование, и эти особенности должны учитываться.

Необходимый диапазон для ведения хронических состояний

Комплекс мер по борьбе с хроническими состояниями включает профилактику, долгосрочное поддерживающее лечение, лечение случаев резкого ухудшения симптомов, реабилитацию и паллиативную помощь или помощь безнадежным пациентам. Некоторым пациентам необходимы также постоянные социальные услуги на уровне общины. Эти различные виды услуг обычно предоставляются в разнообразных контекстах и часто несколькими различными медицинскими группами. В результате услуги часто без нужды дублируются, что влечет за собой значительную трату дефицитных экономических ресурсов.

Несмотря на диапазон требуемых услуг, важно помнить, что более дорогостоящие меры не обязательно являются более качественными. В большинстве систем здравоохранения существуют возможности для лучшего использования ресурсов с помощью тщательного анализа потребностей. Нынешняя практика лечения хронических состояний может показаться дорогостоящей, особенно для развивающихся стран, однако это не должно скрывать факт существования недорогих мер, представляющих во многих случаях первое лечение, применительно к ряду состояний.

В связи со многими неинфекционными заболеваниями, включающими сердечно-сосудистые заболевания, диабет, психические заболевания и рак, может применяться относительно недорогое лечение, особенно предусматривающее профилактические меры, затрагивающие диету, курение и образ жизни.

Макроэкономика и здоровье: Инвестирование в здоровье для целей экономического развития. Доклад Комиссии по макроэкономике и здоровью, 2001 г.

Долгосрочные и предсказуемые потребности пациентов с хроническими состояниями

В отличие от непредсказуемых потребностей пациентов с острыми проблемами пациенты с хроническими состояниями скорее всего будут пользоваться услугами медицинской помощи на регулярной и ожидаемой основе. В результате, частные программы страхования могут попытаться уклониться от страхования этих пациентов, относящихся к группе "высокого риска", или же начать взимать с них более высокие страховые взносы. Если страховые взносы становятся слишком высокими, пациенты могут принять решение отказаться от



финансовой защиты этого типа, подвергая таким образом себя и свои семьи риску финансовой катастрофы или более высокому риску утраты качества жизни из-за хронического состояния, которое не лечится.

Выделение ресурсов на лечение хронических состояний: вызов исторически сложившемуся статус-кво

Хронические состояния отличаются общими исходными параметрами и предъявляют одинаковые требования к системам здравоохранения. Однако слишком часто финансирование вертикальных программ, рассчитанных на конкретные заболевания, происходит за счет всеобъемлющей координируемой помощи в результате как изъятия ресурсов (финансовых, людских и времени), так и отвлечения внимания от повседневных проблем оказания помощи в связи с общими проблемами, свойственными хроническим состояниям.

Кроме того, многие дорогостоящие формы медицинского воздействия в острых ситуациях могут быть отсрочены или предотвращены за счет более качественного ведения хронических состояний. Фактически, в случае реализации новаторской системы оказания помощи при хронических состояниях спрос на услуги помощи в острых ситуациях может даже сократиться.

Для претворения в жизнь новаторских методов оказания помощи при хронических состояниях необходимо осуществить переоценку традиционных каналов распределения ресурсов на оказание медицинской помощи. Комплексные реформы финансирования предполагают осуществление интеграции традиционно отдельных строк бюджетных ассигнований, например на ВИЧ/СПИД и диабет, с целью содействия росту эффективности и результативности медицинского обслуживания.

Сохранение проблем в связи с существующим положением в сфере распределения ресурсов

Проблемы	Факты
Выделение ресурсов на нерентабельные меры вмешательства	Многие меры вмешательства при хронических состояниях являются эффективными и приемлемыми в финансовом отношении, однако они не используются.
Выделение ресурсов системам здравоохранения, которые увековечивают фрагментарный и эпизодический характер помощи	Медицинская помощь, оказываемая от случая к случаю, не позволяет эффективно реагировать на потребности пациентов с хроническими состояниями.
Выделение ресурсов на несколько заболеваний на фрагментарной основе	Хронические состояния не рассматриваются более изолированно. Растет понимание того, что сходные стратегии могут быть одинаково эффективны при лечении многих различных состояний.
Непропорциональные расходы на отдельные подгруппы	Во многих странах расходы в сфере здравоохранения сконцентрированы в районах проживания состоятельного населения или в городских районах, или в больницах третьего уровня.
Отсутствие устойчивости инфраструктур, финансируемых донорами, и зависимость от внешних ресурсов	Несколько стран покрывают значительную часть совокупных расходов на здравоохранение за счет доноров. В некоторых случаях доноры могут непреднамеренно поддерживать фрагментарный подход к хроническим состояниям, поддерживая одни состояния и исключая другие, а также в силу временной ограниченности субсидий некоторых доноров.



Экономические доводы, подобные тем, что были выдвинуты в настоящем докладе, могут убедить лиц, принимающих решения, в необходимости генерировать новые ресурсы или же перераспределить существующие ресурсы для обеспечения помощи при хронических состояниях. У директивных органов может также возникнуть желание выяснить краткосрочные издержки, сопутствующие данному сдвигу. Пользуясь реалистичным коэффициентом частоты заболеваний и рекомендованным количеством контактов с пациентами в год, можно вывести временные затраты персонала, оказывающего медицинскую помощь. Можно также оценить стоимость лекарственных средств для ряда хронических состояний. Косвенные затраты, например инвестиции в информационные системы, подготовку кадров и на охват общин, являются еще одним важным элементом, который может быть учтен.

Хотя некоторым эта задача может показаться непосильной, в действительности рациональное использование ресурсов здравоохранения в связи с хроническими состояниями может обходиться не столь дорого. И действительно, опыт нескольких развивающихся стран свидетельствует о возможности улучшить состояние здоровья населения ценой небольших затрат.

РУАНДА

В Руанде экспериментальные программы предоплаты в сочетании с внешней помощью позволяют центрам здравоохранения покрывать оказание услуг пациентам, страдающим ВИЧ/СПИДом. Годовой взнос в размере 2500 руандских франков (7,80 дол. США) оплачивает годовое членство семьи в составе максимум семи человек. Члены пользуются всеми услугами и основными лекарственными средствами, предоставляемыми в центре здравоохранения, перевозкой на скорой помощи в окружную больницу и ограниченным набором льгот в окружной больнице. Эта экспериментальная программа демонстрирует, что система предоплаты в местных общинах, основанная на ценностях солидарности и дополняемая внешней помощью, может обеспечить доступ к медицинской помощи лицам со сложными хроническими состояниями, лечение которых обходится дорого. Система предоплаты в трех экспериментальных районах обеспечили:

- ⊕ Более широкое использование медицинских услуг, в том числе профилактики
- ⊕ Улучшение финансовой доступности медицинского обслуживания
- ⊕ Повышение качества помощи.

Источник: www.unaids.org

Стратегии генерирования ресурсов для хронических состояний

Дефицитность ресурсов для обеспечения медицинской помощи является проблемой во многих учреждениях. Тем не менее, Комиссия по макроэкономике и здоровью (*Макроэкономика и здоровье: инвестирование средств в здоровье для целей экономического развития; Доклад Комиссии по макроэкономике и здоровью, 2001 г.*) пришла к заключению о возможности, в среднем, даже для стран с низкими и средними доходами увеличить бюджетные расходы на здравоохранение. По оценкам Комиссии, эти страны могли бы увеличить расходы на 1% от их ВВП к 2007 г. и на 2% от их ВВП к 2015 году. Хотя этих сумм может оказаться недостаточно для удовлетворения всего спектра потребностей в области здравоохранения, они явились бы важными и значительными шагами в правильном направлении.

Для генерирования ресурсов на оказание медицинской помощи при хронических состояниях можно рассмотреть возможность использования нескольких механизмов финансирования.



Универсальные программы предоплаты

Универсальные программы предоплаты, например всеобщее налогообложение и социальное страхование, являются наиболее прогрессивными, стабильными и устойчивыми источниками финансирования здравоохранения. В странах с высокими и средними доходами, где организованный сектор обладает значительными размерами, плательщики взносов в социальное страхование также являются устойчивым источником финансирования.

КОСТА-РИКА

Правительство *Коста-Рики* добилось успеха в обеспечении универсального охвата медицинской помощи с помощью механизмов предоплаты и реформ сектора здравоохранения, которые были начаты в 1994 году. Эти реформы позволили охватить 10% населения (в основном бедных), которые прежде медицинской страховки не имели. Были использованы виртуальные контракты (обязательства по управлению) с целью повышения эффективности и качества, что позволило правительству достичь универсального охвата за счет всего лишь трехпроцентных дополнительных бюджетных ассигнований. В результате реформы сектора здравоохранения была внедрена новая модель медицинской помощи с интегрированным подходом, которая прогнозирует спрос и стимулирует усилия на уровне общин. Эта модель основана на стратегии оказания первичной медико-санитарной помощи, призванной обеспечить своевременную, всеобъемлющую и непрерывную помощь всему населению, и включает целевой пакет услуг, ориентированных на профилактику, выявление и лечение. По взаимной договоренности, субъект деятельности, который финансирует/производит закупки, и провайдер обслуживания оговаривают ожидаемые ими результаты и механизмы выделения ресурсов.

Источник: www.paho.org

Финансирование на уровне общин

В развивающихся странах и странах с переходной экономикой, где ощущается неотложная потребность в дополнительных источниках финансирования, программы финансирования на уровне общин представляют собой жизнеспособный вариант обеспечения финансовой защиты и доступа к первичному медико-санитарному обслуживанию для неимущих групп населения. Эти программы обеспечивают более справедливый доступ, чем взимание платы с пользователей, в большей степени соответствуют потребностям пациентов с хроническими состояниями и являются относительно устойчивыми.

Эффективность и устойчивость программ финансирования на уровне общин можно повысить за счет:

- ⊕ Узкоориентированных субсидий оплаты взносов неимущих групп населения
- ⊕ Объединенных программ перестрахования, призванных увеличить эффективные размеры небольших групп риска
- ⊕ Инвестиций в эффективные стратегии профилактики и лечения болезней
- ⊕ Укрепления потенциала руководителей местных программ финансирования на уровне общин
- ⊕ Укрепления связей с организованными сетями финансирования и провайдеров.

Preker, AS, Carrin, G, Dror, D, Jakab, M, Hsiao, W, Arhin-Tenorang, D. Effectiveness of community health financing in meeting the cost of illness. Bulletin of the World Health Organization 2002, 80(2), 143-50.



ГВИНЕЯ-БИСАУ

В **Гвинее-Бисау** система предоплаты **Abota** обеспечивает доступ к первичной медико-санитарной помощи в сельских населенных пунктах и к комплексу основных лекарственных средств, а также бесплатное обслуживание на более высоких уровнях специализированной помощи. Медицинская помощь предоставляется на добровольной основе подготовленными жителями села. Системой **Abota** управляет сельский комитет (самый низкий уровень децентрализации в стране). Сильными сторонами этой стратегии являются:

- ⊕ Финансовая доступность. Эта программа доступна, поскольку взносы установлены на уровне села и с учетом сезонного характера доходов.
- ⊕ Поддержка общины.
- ⊕ Возрождение сельских медпунктов.

Со времени развертывания программы доступ к первичной медико-санитарной помощи значительно улучшился, и в участвующих деревнях было зарегистрировано близкое к универсальному членство.

Chabot J et al. National community health insurance at village level: the case from Guinea Bissau.

Акцизные сборы

Акцизные меры являются эффективным средством сокращения потребления табака и других изделий, имеющих разрушительное воздействие для здоровья, и обладают тем дополнительным преимуществом, что генерирует новые средства для хронических состояний.

Во многих странах недооцениваются возможности повысить цены на сигареты с использованием акцизов, увеличить государственные доходы и улучшить состояние здоровья населения. Существует значительная разница в количестве минут труда, необходимых для приобретения одной пачки сигарет местной марки: от семи минут в **Тайване, Китае**, до 92 минут в **Кении**. В мировых масштабах сигареты отстают от увеличения общего уровня цен на товары и услуги, в результате чего они оказались относительно более доступными в 2000 г., чем в 1991 году.

Guindon GE, Tobin S, & Yach D. Trends and affordability of cigarette prices: Ample room for tax increases and related health gains. Tobacco Control 2002; in press.



Штат Орегон в США добился впечатляющего снижения душевого потребления после реализации поддержанной избирателями инициативы 1996 г., направленной на повышение налогов на табак и санкционирование финансирования программы предотвращения курения и проведения разъяснительной работы в масштабах штата. В периоде с 1996 по 1998 год душевое потребление сигарет в Орегоне снизилось на 11,3% (или 10 пачек на душу населения). Подобным же образом **штаты Калифорния и Массачусетс** продемонстрировали, что осуществление комплексных программ борьбы с табаком в масштабах штата может привести к существенному сокращению потребления табака. В период с 1992 г. – год, предшествовавший одобренной избирателями петиции увеличить налоги на табак и финансировать в средствах массовой информации штата кампанию по борьбе с курением, – по 1996 г. душевое потребление в Массачусетсе сократилось на 20%. За этот же период душевое потребление в Калифорнии снизилось на 16%.

Акцизы показаны **не только для развитых стран**. Напротив, по оценкам Всемирного банка, 10-процентное увеличение цены пачки сигарет приведет к снижению спроса на сигареты в странах с высокими доходами примерно на четыре процента. В странах же с низкими и средними доходами, где по причине более низких доходов население более чутко реагирует на изменение цен, предполагается снижение спроса примерно на восемь процентов. Кроме того, дети и подростки более чутко реагируют на повышение цен, чем взрослые более старших возрастов, так что налоги существенно повлияют на время начала потребления табака молодежью развивающихся стран.

В **Китае**, согласно самым скромным подсчетам, увеличение на 10% налога на сигареты приведет к пятипроцентному снижению потребления и пятипроцентному увеличению доходов. Этого увеличения налогов будет достаточно для того, чтобы профинансировать пакет основных услуг в области здравоохранения для одной трети беднейших ста миллионов граждан Китая.

Centres for Disease Control and Prevention. Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs- August 1999. Atlanta GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centres for Disease Control and Prevention, National Centre for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, August 1999.

Prabhat Jha and others, 1999, Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control (Washington: World Bank).

Частные ресурсы

Ресурсы частного сектора все шире рассматриваются в качестве практического источника финансирования медицинской помощи, оказываемой государственным сектором. Эти ресурсы могут быть получены за счет физических лиц, как это имеет место в нижеописанном случае в Индии. Дополнительным ресурсом являются фирмы, которые в состоянии безвозмездно передать медицинское оборудование или основные лекарственные средства или которые могут решить для себя, что инвестирование средств в здоровье населения не только явится социальным благом, но и будет полезно для их бизнеса.



ИНДИЯ

В Индии некоторые штаты инициировали новаторские программы финансирования с целью мобилизации частных ресурсов для сектора государственного здравоохранения. Например, в штате Керала был установлен новаторский порядок мобилизации ресурсов на борьбу с раковыми заболеваниями, начатый с помощью необычного вовлечения общины. Населению было объявлено, что 25% их вклада в облигационный заем на цели развития будут использованы для скрининга и борьбы с раком. Результатом этого явилась неожиданно положительная реакция, что привело к получению финансовых ресурсов на 700% больше, чем ожидалось. Сумма, зарезервированная для скрининга и борьбы с раком, была эквивалентна почти десятилетнему установленному бюджету.

Purohit, BC. Private initiatives and policy options: recent health system experience in India.

Даже при увеличении внутреннего финансирования многие страны с низкими доходами будут по-прежнему покрывать часть своих бюджетов здравоохранения за счет внешних доноров. В этих случаях для директивных органов страны крайне важно выступать в поддержку новаторских стратегий оказания медицинской помощи при хронических состояниях.

УГАНДА

В Уганде психическое здоровье было определено правительством в качестве одного из приоритетных направлений деятельности. Лечение психических расстройств было включено в минимальный пакет медицинской помощи Уганды как в рамках политики в области здравоохранения, так и в стратегическом плане для сектора здравоохранения. Важное значение для достижения этой цели имело присутствие в составе правительства людей, приверженных делу осуществления программы в области психического здоровья. Донорское сообщество удалось убедить, в результате чего психогигиена по-прежнему входит в этот пакет и продолжает финансироваться по линии доноров.

Report of the Mental Policy Project: Working Group Meeting on Financing and Mental Health, WHO/MSD/MP/01.2.

Получение максимальной отдачи от существующих ресурсов

Директивные органы могут усилить положительный эффект в интересах лечения хронических состояний путем использования существующих ресурсов для более справедливого и эффективного оказания помощи. За счет более комплексного ведения хронических состояний можно свести к минимуму резкое обострение симптомов, что приведет к повышению эффективности системы в области оказания медицинской помощи.

Принятие "Структуры новаторских методов оказания помощи при хронических состояниях"

Хорошим началом явится осуществление, по крайней мере, некоторых основных элементов практических шагов, описанных в разделе 3. Улучшение координации работников здравоохранения, хорошо согласованные меры политики, связь с общиной, инвестиции в профилактику и обеспечение лечения на основе имеющихся данных на самом экономичном уровне обслуживания – вот некоторые методы достижения значительных улучшений в оказании помощи при хронических состояниях.



Благодаря эффективному ведению хронических состояний многие дорогостоящие меры вмешательства в порядке неотложной помощи могут быть отсрочены или предотвращены.

Сбор местных данных

Во многих ситуациях для реализации новаторских стратегий оказания помощи крайне важно генерировать контекстуально-конкретные данные. Информация необходима на макроуровне для оценки общих стратегий финансирования, на мезоуровне – для оценки финансовой платежеспособности и результатов деятельности организации и на микроуровне – для оценки затрат и результатов вмешательств.

Корректировка стимулов

Установленный среди работников здравоохранения порядок записи пациентов на прием, диагностирования хронических состояний, формулирования рекомендаций относительно лечения и его осуществления, формулирования советов по профилактике и самоконтролю и направления пациентов к специалистам оказывает значительное влияние на использование, эффективность и качество медицинской помощи. Поэтому для работников здравоохранения необходимо предусмотреть такие стимулы, при которых они будут стремиться обеспечить максимальное качество помощи и свести до минимума затраты. В частности, стимулы должны способствовать развитию профилактических услуг и самоконтроля.

ПЕРУ и США

Поскольку хронические состояния часто требуют соблюдения долгосрочных курсов лечения, можно рассмотреть вопрос о специальных стимулах для пациентов, способствующих соблюдению курса лечения. Например, в Перу осуществляется раздача продуктов питания в качестве стимула для пациентов с низкими доходами соблюдать курс лечения туберкулеза. В Сан-Франциско, США, пациентам с ВИЧ/СПИДом, обращающимся в службу поддержки по крайней мере один раз в неделю, в качестве стимула выдается небольшая денежная сумма.

*Scaling up the response to infectious diseases: A way out of poverty. World Health Organization, 2002.
Bamberger, JD, Unick, J, Klein, P, Fraser, M, Chesney, M, & Katz, MH. Helping the urban poor stay with antiretroviral HIV drug therapy. American Journal of Public Health. 2000; 90(5): 699-701.*



Примеры практических шагов по финансированию новаторских методов оказания помощи

Законодательство и политика	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ В странах, где государственные расходы на здравоохранение являются чрезвычайно низкими, задействовать дополнительные внутренние финансовые ресурсы. ⊕ Повысить налоги на изделия, имеющие разрушительное воздействие на здоровье (табак, алкоголь), с целью сократить распространение нездоровых привычек и, тем самым, хронических состояний.
Страхование	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Использовать системы предоплаты, обеспечивающие пользователям защиту от финансового кризиса и распределяющие риск на население. В тех случаях, когда предоплату невозможно осуществить незамедлительно, одна из альтернативных возможностей состоит в использовании медицинского страхования на общинной основе. ⊕ Рассматривать взимание платы с пользователей в качестве стратегии финансирования, которая едва ли будет справедливой или устойчивой в плане удовлетворения потребностей лиц с хроническими состояниями. ⊕ Утвердить комплексный пакет льгот, включающий, но не ограничивающийся профилактической помощью, поддержкой самоконтроля, услугами по оказанию помощи в острых ситуациях и при хронических состояниях, реабилитационной помощью, оказанием неотложной помощи и помощью на общинном уровне.
Эффективность	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Использовать финансовые стимулы для поощрения качества и эффективности. ⊕ Скорректировать финансовые механизмы, с тем чтобы услуги предоставлялись в наиболее подходящей и экономичной форме.
Качество работы системы	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Включить стимулы, способствующие непрерывности и координации оказания помощи работниками первичной медико-санитарной помощи. ⊕ Включить надлежащие механизмы отслеживания и представления отчетности по результатам измерений качества обслуживания, включая оценки структуры, процесса и результатов, доступности и удовлетворенности пациентов.
Стимулирование с использованием платежных систем	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Предусмотреть стимулы в целях обеспечения максимально высокого качества помощи при сведении к минимуму затрат: содействовать развитию услуг в области профилактики и самоконтроля.
Частный сектор	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Сотрудничать с частным сектором для оптимизации использования имеющихся ресурсов. ⊕ Рассмотреть возможность использования многопрофильных соглашений о закупках с частными и государственными провайдерами на основе общего набора финансовых правил. ⊕ Придерживаться честной конкуренции, основанной на принципах доступности, обслуживания и качества, что могло бы повысить качество медицинского обслуживания лиц с хроническими состояниями. ⊕ Практиковать аттестацию и непрерывный контроль за результатами оказания медицинской помощи.
Реализация	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Рассмотреть возможность развертывания сетей организаций, обеспечивающих координируемый комплекс услуг для определенной группы населения и несущих клиническую и финансовую ответственность за результаты деятельности.
Реформы в области здравоохранения	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Использовать инициативы в области реформ в качестве возможности для совершенствования финансирования ведения хронических состояний, например, в целях: <ul style="list-style-type: none"> - Распределения ресурсов и программ компенсаций; - Развития и обеспечения первичного медико-санитарного обслуживания; - Организации окружных комплексных систем и сетей медицинского обслуживания; - Сотрудничества частных провайдеров в обеспечении медицинской помощи, особенно для неимущих групп населения.

"Новаторские методы оказания помощи при хронических состояниях: Основные элементы для действий"



Когда инициировать изменения: Испытанные методы быстрого распространения новаторских методов оказания помощи

Изменения в системе здравоохранения, способные оказать существенное влияние на развитие и ведение хронических состояний, могут быть начаты незамедлительно. Существуют стратегии внесения изменений в систему обеспечения услуг и вмешательств.

"Серия прорывов" (The Breakthrough Series - BTS)

"Серия прорывов" является опробованной стратегией внесения изменений в систему обеспечения услуг и вмешательств. Эта стратегия представляет собой общую матрицу внесения изменений, и конкретно определяет основные этапы в реализации новаторских программ оказания медицинской помощи.

Институт совершенствования здравоохранения, США, разработал концепцию "Серии прорывов" в 1995 году. Цель состояла в том, чтобы объединить группы учреждений здравоохранения, стремящихся осуществить системные преобразования в своих учреждениях. Эти группы, именуемые "сотрудничающими группами", состоят из 20 – 40 различных учреждений здравоохранения, ведущих совместную работу с целью достижения улучшений в конкретной клинической или оперативной области применительно к проблеме здравоохранения. Временные рамки составляют 6 – 13 месяцев, при этом для достижения более качественных конечных результатов участники соблюдают цикл "План, Дело, Изучение, Действие" под руководством группы экспертов из Института совершенствования здравоохранения. Сотрудничающие группы изучают, тестируют и претворяют в жизнь передовые научные знания в целях ускорения улучшений в учреждениях здравоохранения.

На сегодняшний день, модель сотрудничества "Серии прорывов" применяется в связи с разнообразными хроническими состояниями. Диабет, боли спины, застойная сердечная недостаточность, депрессия и астма в центре внимания ряда программ "Серии прорывов", обеспечивших наглядное улучшение многочисленных оперативных и клинических результатов.

Одним из примеров реализации стратегии "Серии прорывов" является Clinica Campesina – клиника в **США**, обслуживающая 15 000 пациентов. Сорок процентов пациентов этой клиники являются испаноговорящими, 50% не имеют медицинской страховки, и 100% не получают медицинского обслуживания в достаточном объеме. Было установлено, что лечение диабета является той сферой, где назрели улучшения. Метод "Серии прорывов" использовался для содействия быстрым изменениям в ведении этого хронического состояния. К концу периода исследования было констатировано снижение среди пациентов среднего уровня HbA1c с 10,5% до 8,5%. Этот результат является значительным, поскольку снижение HbA1c даже на один процентный пункт означает 15–18-процентное снижение смертности, случаев инфаркта и инсульта и 35-процентное снижение сердечно-сосудистых осложнений. Примечательно, что эти клинические улучшения произошли в Clinica Campesina без притока дополнительных ресурсов.



Резюме

Учитывая имеющуюся на сегодняшний день информацию о профилактике и ведении хронических состояний и их осложнениях, неиспользование этих знаний при внесении изменений в системах здравоохранения неоправданно и безответственно по отношению к будущему. Страны и их директивные органы могут продолжать следовать этим ошибочным курсом эпизодического и незапланированного оказания помощи, или же они могут переориентировать систему здравоохранения в целях улучшения общего состояния здоровья населения. Результатом этого станет рост социально-экономического процветания.

В настоящем разделе изложены конкретные стратегии внедрения новаторских подходов оказания помощи при хронических состояниях; описаны восемь основных элементов повышения качества услуг; определены *основные элементы* "Структуры новаторских методов оказания помощи при хронических состояниях" на микро-, мезо- и макроуровнях, которые могут использоваться в поддержку реализации указанных элементов; даны в общих чертах примеры конкретных шагов, которые следует предпринять странам или регионам, располагающим различными уровнями ресурсов; а также уточнена роль директивных органов с помощью стратегии "*с чего начинать*" в деле внесения изменений с целью улучшения помощи при хронических проблемах.

Лица, принимающие решения, располагают также руководящими принципами, касающимися *способов финансирования* оказания помощи при хронических состояниях. В этой связи изложены стратегии обеспечения достаточной и устойчивой финансовой поддержки, включая пути генерирования новых финансовых ресурсов и оптимизации существующей финансовой поддержки. Что касается *сроков изменений*, то их следует осуществлять уже сегодня. В этих целях описан метод "Серии порывов" по реализации улучшений в учреждениях здравоохранения.

Под руководством информированных директивных органов в системах здравоохранения возможна быстрая эволюция. Задача состоит в том, чтобы воспринять новую структуру, позволяющую осуществить инновации в методах оказания помощи при хронических состояниях. "Структура новаторских методов оказания помощи при хронических состояниях" поможет изменить взгляды на оказание помощи в случае устойчивых проблем со здоровьем и значительно активизировать усилия по решению проблемы удовлетворения разнообразных потребностей пациентов в условиях ограниченных ресурсов. Осуществляя инновации, системы здравоохранения могут обеспечить максимальную отдачу от скудных и, как представляется, практически несуществующих ресурсов, переключив свое внимание с модели оказания помощи при острых состояниях на модель оказания помощи при хронических состояниях.

Хотя решение задачи по совершенствованию системы оказания помощи при хронических состояниях отличается сложностью, его можно упростить, используя основные элементы на различных уровнях системы здравоохранения и обеспечивая финансирование этих изменений. Директивным органам следует претворять в жизнь изменения, когда это возможно, на микро-, мезо- и макроуровнях системы; следует начать с использования некоторых основных элементов. Эти изменения со временем станут основой для включения новых основных элементов и позволят в конечном счете реализовать "Структуру новаторских методов оказания помощи при хронических состояниях" по улучшению результатов оказания помощи при хронических состояниях. Те, кто встает на путь инноваций, получают отдачу уже сегодня и обеспечат успех здравоохранения и экономическое процветание стран в будущем.



Новаторские подходы оказания помощи: Фактические данные систематических исследований для рандомизированных испытаний

Как было описано выше в этом докладе, творческие программы по улучшению ведения хронических состояний разрабатываются во всем мире. Хотя разработка программ имеет жизненно важное значение, научные фактические данные, которые способствуют эффективности творческих подходов к лечению хронических состояний, имеют существенное значение. Систематически поступающие фактические данные позволяют определять, дает ли вмешательство, такое как тест, терапия или программа, лучшие результаты, чем альтернативные варианты. Посредством таких определений, основанных на фактических данных, медицинская помощь является более эффективной, действенной и менее расточительной.

Фактические данные в отношении новаторских подходов к проблеме хронических состояний находятся на раннем этапе сбора, причем большинство проектов по оценке программ поступили из развитых стран. Кроме того, не все имеющиеся фактические данные рассматриваются в качестве равнозначных: например, тематические исследования не обеспечивают такой же уровень надежности, как рандомизированные испытания. Для представления в данном разделе были подобраны примеры из литературы по новаторским программам. Данный обзор не является исчерпывающим. Тем не менее, содержащиеся здесь данные являются убедительными, и те, кто заинтересован в улучшении помощи при хронических состояниях, могут почерпнуть полезное из этих исследований.

Новаторские подходы и новые стратегии ведения хронических состояний оказывают ряд позитивных воздействий по ряду параметров. Данные демонстрируют тот факт, что новаторские программы позволяют успешно:

- ⊕ Улучшить биологические показатели болезней
- ⊕ Сократить число случаев смерти
- ⊕ Экономить деньги и ресурсы медицинской помощи
- ⊕ Изменить образ жизни пациентов и способность самоконтроля
- ⊕ Улучшить функционирование, производительность и качество жизни
- ⊕ Улучшить процессы оказания помощи

Новаторские подходы и улучшение биологических показателей

Контроль содержания сахара в крови при диабете

Самоконтроль при диабете является чрезвычайно важной проблемой в связи с тем, что существуют многочисленные поведенческие изменения, которые пациенты должны включить в повседневную жизнь. Самоконтроль уровня содержания сахара в крови, соблюдение схемы приема лекарственных средств и корректировки, регулярные проверки состояния стопы, а также постоянно действующие схемы приема пищи и физической активности становятся повседневными проблемами. Фактически, при этом хроническом состоянии более чем 95% объема помощи приходится на пациентов и их семьи в отличие от провайдеров медицинской помощи.

Поведенческие вмешательства для содействия навыкам самоконтроля продемонстрировали эффективность по ряду биологических маркеров диабета. Отмечается сокращение уровней



гликозилированного гемоглобина, жиров в рационе питания и общее потребление калорий, веса и уровня содержания сахара в крови. Также улучшается контроль за кровяным давлением.

В датской общей практике было проведено сравнение новаторской и всеобъемлющей программы оказания помощи при диабете с обычной практикой. В программу входили двусторонний обмен информацией от провайдеров о своей деятельности, система напоминаний о регулярных обращениях по вопросам диабета, поддержка решений и самоконтроля. После шести лет у пациентов этой группы, в рамках которой принимались меры вмешательства, значительно понизились уровни содержания сахара и холестерина, по сравнению с пациентами, которым предоставлялась обычная помощь.

Anderson RM et al. Patient Empowerment. Results of a Randomized Controlled Trial. Diabetes Care 1995;18:943-949.

Wilson W, Pratt C. The impact of diabetes and peer support upon weight and glycemic control of elderly persons with NIDDM. American Journal of Public Health 1987;77:634-5.

Diabetes Control and Complications Trial Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long term complications in IDDM. N Engl J Med 1993;329:977-86.

Aubert RE, Herman W, Waters J et al. Nurse case management to improve glycemic control in diabetic patients in a health maintenance organization: a randomized controlled trial. Annals of Internal Medicine 1998;129(8):605-12.

McCulloch DK, Price MJ, Hindmarsh M, Wagner EH. Improvement in Diabetes Care Using an Integrated Population-Based Approach in Primary Care Setting. Disease Management 2000;3(2):75-82.

Sadur CN et al. Diabetes Management in a Health Maintenance Organization: Efficacy of care management using cluster visits. Diabetes Care 1999;22(12):2011-2017.

Olivarius, NF, Beck-Nielsen, H, Andreasen, AH, Horder, M, Pederson, PA. Randomised controlled trail of structured personal care of type 2 diabetes mellitus. British Medical Journal 2001;323:970.

Значительное снижение кровяного давления, частоты сердечных сокращений и уровня холестерина при сердечно-сосудистых болезнях

Пациенты с сердечно-сосудистой болезнью могут получать пользу в результате соблюдения предписанной схемы ежедневного приема лекарственных средств, последовательной программы упражнений и устранения факторов риска, включая высокий уровень холестерина, высокое кровяное давление, курение и избыточный вес. Каждая из этих задач требует от пациентов изменения поведения и по каждой из них указываются поведенческие вмешательства. В целом, научные исследования показывают, что поведенческие вмешательства по самоконтролю являются эффективным средством оказания помощи пациентам в достижении этих целей.

В 1996 г. во время мета-анализа было исследовано воздействие поведенческих или психосоциальных методов лечения на результаты ведения больных с ишемической болезнью сердца. Отобранные исследования, проведенные на более чем 3000 пациентов (2024 случаев лечения, 1156 случаев контроля), дали следующие результаты:

- ⊕ у пациентов, проходивших лечение, наблюдалось значительно большее понижение систолического кровяного давления (различие в силе эффекта составляет -0,24)
- ⊕ у пациентов, проходивших лечение, наблюдалось значительно большее понижение частоты сердечных сокращений (различие в силе эффекта составляет -0,38)
- ⊕ у пациентов, проходивших лечение, наблюдалось значительно большее понижение уровня холестерина (различие в силе эффекта составляет -1,54)
- ⊕ у пациентов, не проходивших лечение, наблюдался значительно более высокий риск смертности (коэффициент превышения составляет 1,70)
- ⊕ у пациентов, не проходивших лечение, наблюдался значительно более высокий риск кардиологических рецидивов (коэффициент превышения составляет 1,84)

Linden W, Stossel C, Maurice J. Psychosocial interventions for patients with coronary artery disease: a meta-analysis. Arch Intern Med 1996;156:745-752.



Новаторские подходы и уменьшение числа случаев смерти

Сокращение числа случаев смерти от сердечных заболеваний на 41%

Обзор 23 исследований, в которых участвовали более 3000 пациентов с ишемической болезнью сердца, показал, что у пациентов, в отношении которых осуществлялись поведенческие/психо-социальные вмешательства, значительно понизился риск смерти или сердечного приступа с нелетальным исходом. Особо отмечалось сокращение на 41% кардиологической смертности и на 46% числа сердечных приступов с нелетальным исходом.

Linden W, Stossel C, Maurice J. Psychosocial interventions for patients with coronary artery disease: a meta-analysis. Arch Intern Med 1996;156:745-752.

Новаторские подходы и экономия денег и ресурсов на Медицинскую помощь

Физическая подготовка: фактор продления жизни и эффективности с точки зрения затрат

Пациенты со стабильной, но хронической сердечной недостаточностью приняли участие в 14-месячной программе умеренной физической подготовки. По сравнению с пациентами в контрольной группе, пациенты в группе физической подготовки прожили на 1,82 года больше. С учетом стоимости программы физической подготовки экономия средств от сокращения срока госпитализации и с учетом потери заработной платы в период физической подготовки, каждый сэкономленный год жизни обошелся в 1773 долл. США.

Georgiou D, Chen Y, Appadoo S, Belardinelli R, Greene R, Parides MK, Glied S. Cost-effectiveness analysis of long-term moderate exercise training in chronic heart failure. Am J Cardiol. 2001;87(8):984-8.

Сокращение числа ненужных исследований

Боль в нижней части спины является одним из наиболее частых, дорогостоящих и ведущих к потере трудоспособности хронических проблем среди взрослых. Клиническая практика не соответствует существующим рекомендациям в отношении диагностического тестирования и процедур, ведущим к чрезмерному использованию медицинских услуг. Новаторская программа по оказанию помощи включала сортировку больных по телефону в целях сокращения числа ненужных посещений и/или тестов, нехирургические варианты, введение в практику трехминутного обследования спины и консультацию до проведения диагностических тестов. Кроме того, работодателям предлагалось разработать политику в отношении временной работы, а врачам предлагалось сократить число рекомендаций постельного режима и больничных дней. Результаты показали:

- ⊕ сокращение использования миелограмм на 23% в течение одного года
 - ⊕ сокращение числа стандартных рентгенологических исследований с 5 до 3 и сокращение использования простых рентгенограмм на 30%
 - ⊕ уменьшение коэффициента ранних исследований поясницы, за которыми не следует хирургическая операция на пояснице, с 4:1 до 3,4:1
 - ⊕ сокращение на 30% числа больных, которые без необходимости получали физиотерапию
- The Institute for Healthcare Improvement's Breakthrough Series Collaborative on Providing More Effective Care for Low Back Pain.*

Экономия по программе: 4 долл. США на каждый затраченный 1 долл. США

Новаторская программа, в рамках которой врачи обучались новым навыкам общения и ведения болезни, показала, что у больных астмой с низкими доходами состояние здоровья улучшилось, а затраты на медицинскую помощь уменьшились. Число посещений кабинетов экстренной помощи сократилось на 41% среди тех больных, которых вели врачи, принимавшие участие в этой программе. Анализ эффективности затрат позволил выявить, что затраты связаны с назначением новых лекарственных средств и подготовкой врачей.

"Новаторские методы оказания помощи при хронических состояниях: Основные элементы для действий"



В результате была получена прямая экономия средств для правительственного фонда медицинской помощи (Medicaid) в размере 3-4 долл. США на каждый вложенный доллар, затраченный на предоставление информации о ведении состояний и оказание поддержки врачам.

Rossiter LF, Whitehurst-Cook MY, Small RE, Shasky C, Bovbjerg VE, Penberthy L, Okasha A, Green J, Ibrahim IA, Yang S, Lee K. The impact of disease management on outcomes and cost of care: a study of low-income asthma patients. Inquiry 2000;37(2):188-202.

Сокращение расходов на лечение и числа случаев госпитализации

Осуществление новаторской учебной программы по самоконтролю в Индии для хронических больных астмой привело к улучшению состояния здоровья и сокращению числа случаев госпитализации и использования отделений экстренной помощи. Подготовка состояла из четырех занятий по обучению соответствующим навыкам, дополнительно к обычным занятиям по оказанию помощи. Больные были в произвольном порядке разделены на две группы. Были получены следующие результаты:

- ⊕ Потерянные рабочие дни: 18 против 34 (группа самоконтроля, по сравнению с контрольной группой)
- ⊕ Число случаев госпитализации: 6 против 13
- ⊕ Число посещений отделений экстренной помощи: 12 против 22
- ⊕ Общие годовые расходы: 5263 рупии против 6756 рупий

Ghosh CS, Ravindran P, Joshi M, Stearns SC. Reductions in hospital use from self management training for chronic asthmatics. Soc Sci Med. 1998;46(8):1087-93.

Финансовые последствия осуществления новаторской программы по самоконтролю астмы значительны. В компонентах программы особо были выделены вопросы медико-санитарного просвещения больных и обучения методике ведения больных с индивидуальными симптомами, соблюдения схемы приема лекарственных средств и изменения образа жизни. Анализ затрат-выгод в отношении 47 больных за один год до и после проведения вмешательства привели к следующим результатам:

- ⊕ расходы по лечению астмы сократились на 472 долл. США на одного больного
- ⊕ расходы по госпитализации сократились с 18 488 долл. США до 1538 долл. США на одного больного
- ⊕ потеря доходов в результате заболевания астмой сократилась с 11 593 долл. США до 4589 долл. США на одного больного
- ⊕ соотношение расходов по программе (208 долл. США) к коэффициенту выгоды составило 1 к 2,28.

Taitel M, Kotses H, Bernstein IL, Bernstein DJ, Creer TA. Self-Management Program for Adult Asthma. Part 1: Development and Evaluation. Journal of Allergy and Clinical Immunology 1995;95:529-40.

Многодисциплинарная, осуществляемая медсестрами программа, созданная для улучшения ведения больных с застойной сердечной недостаточностью, состояла из разделов, посвященных по медико-санитарному просвещению пациентов и семей, режиму питания, обзору схему приема лекарственных средств и проведению консультации по вопросам социального обеспечения. Результаты были изучены через 90 дней после проведения вмешательства с получением следующих данных:

- ⊕ сокращение на 56,2% случаев повторной госпитализации больных с проблемами сердечной недостаточности
- ⊕ сокращение на 28,5% случаев повторной госпитализации по всем другим причинам
- ⊕ значительное уменьшение части больных с более чем одним случаем повторной госпитализации, по сравнению с больными из контрольной группы (6,3% против 16,4%)
- ⊕ уменьшение затрат на оказание помощи (на 460 долл. США меньше на одного больного), по сравнению с больными из контрольной группы

Rich MW, Beckham V, Wittenberg C, et al. A multidisciplinary intermention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. N Engl J Med 1995;333:1190-1195.



Была проведена оценка новаторской и комплексной программы помощи больным астмой. Компоненты программы включали: индивидуальный инструктаж по самостоятельному преодолению астмы, программу поэтапного медицинского лечения (разработанную медсестрой, педиатром и аллергологом) и регулярный контакт по телефону, осуществляемый медсестрой для обеспечения соблюдения лечебной схемы. Результаты по 53 пациентам (в возрасте 1-17 лет), проходивших лечение с 6 месяцев до 2 лет, показали:

⊕ сокращение на 79% числа поступлений в отделения экстренной помощи

⊕ сокращение на 86% числа случаев госпитализации

⊕ экономию приблизительно на 87 000 долл. США в ежегодных затратах

Greineder DK, et al. Reduction in Resource Utilization by an Asthma Outreach Program. Archives of Pediatric and Adolescent Medicine 1995;149(4):415-420.

Сокращение числа посещений отделения экстренной помощи

Программа по медико-санитарному просвещению, состоящая из трех занятий, для больных астмой, находившихся в отделении экстренной помощи, дала положительные результаты. В программе (осуществленной медсестрой) особое внимание уделялось соблюдению схемы приема лекарственных средств, методам предупреждения приступов, прекращению курения и методике релаксации. В отношении 119 больных осуществлялось вмешательство, а 122 больных получали стандартную медицинскую помощь. В течение 12-месячного периода пациенты, которые принимали участие в новаторской программе, в значительной степени сократили число посещений отделения экстренной помощи (68 на 100 человек), по сравнению с пациентами из контрольной группы (220 на 100 человек). Затраты на проведение мероприятия по медико-санитарному просвещению (85 долл. США в расчете на одного человека) были компенсированы сокращением расходов, связанных с пребыванием в отделении экстренной помощи (628 долл. США в расчете на одного человека).

Bolton MB et al. The Cost and Effectiveness of an Education Program for Adults Who Have Asthma. Journal of General Internal Medicine 1991;6(5):401-407.



Новаторские методы и оказание помощи пациентам изменять образ жизни и осуществлять самоконтроль состояний

Прекращение курения пациентами

В осуществляемой медсестрой в домашних условиях программе по модификации факторов риска в отношении ишемической болезни сердца использовались больничные виды вмешательства для прекращения курения, помимо физической подготовки и приема питания и лекарственных средств при гиперлипидемии. Было также включено лечение в домашних условиях по телефону. Результаты оценки лечения 585 пациентов показали, что, по сравнению с пациентами в контрольной группе, которым оказывалась стандартная больничная помощь, пациенты, охваченные новаторской программой, успешно изменили целевые факторы риска, в результате чего:

- ⊕ уровень прекращения курения составил 70% (по сравнению с 53% в контрольной группе)
- ⊕ значительно уменьшились уровни холестерина липопротеидов низкой малой плотности в плазме
- ⊕ повысились функциональные способности (9,3 по сравнению с 8,4 METS)

DeBusk RF, Miller NH, Superko HR et al. A case-management system for coronary risk factor modification after acute myocardial infarction. Annals of Internal Medicine 1994;120:721-9.

Изучение пациентами методики самопомощи

Новаторские программы лечения рака, которые включают компоненты по просвещению (например, информацию о диагнозе и курсе лечения), позволяют расширить знания и улучшить практику самостоятельного преодоления болезни пациентами. Эти программы позволяют не только уменьшить симптомы беспокойности и дистресса, но и улучшить соблюдение пациентами медицинских рекомендаций.

Richardson LJ, Shelton DR, Krailo M, and Levine AM. The effect of compliance with treatment on survival among patients with hematologic malignancies. Journal of Clinical Oncology 1990;8(2):356-364.

Jacobs C, Ross RD, Walder IM and Stockdale FE. Behaviour of cancer patients: a randomized study of the effects of education and peer support groups. American Journal of Clinical Oncology 1983;6:347-353.

Осуществление самоконтроля за сложными схемами пациентами в Перу и на Гаити

Люди со средним образованием и незначительными материальными ресурсами могут успешно применять сложные схемы лекарственной терапии против туберкулеза или ВИЧ/СПИДа, резистентных к лекарственным препаратам, в тех случаях, когда им оказывается поддержка в самоконтроле и осуществляется тщательное наблюдение. В ходе этих новаторских вмешательств особое внимание уделялось роли пациентов в ведении состояния и проводилось обучение их поведенческим навыкам.

Farmer, P, Leandre, F, Mukherjee, JS, Claude, M., Nevil, P, et al. Community-based approaches to HIV treatment in resource-poor settings. Lancet 2001;358:404-409.

Новаторские подходы и повышение функциональных способностей, производительности и качества жизни

Увеличение работоспособности пациентов

Хроническое состояние артрит привлекло значительный интерес со стороны разработчиков новаторской программы и научных работников. Результаты ряда исследований демонстрируют значительные последствия вмешательств по самоконтролю для пациентов с этим хроническим состоянием. Таким образом были получены следующие результаты в итоге осуществления новаторских программ самоконтролю:



- ⊕ уменьшение болей и усталости
- ⊕ повышение уровня активности, аэробного потенциала и физической выносливости
- ⊕ понижение уровней инвалидности и функциональных ограничений
- ⊕ улучшение состояния здоровья, отмеченное самими пациентами

Lorig, K. and Holman, H. *Arthritis self-management studies; A twelve year review. Health Education Quarterly.* 1993;20:17-28.

Lorig KR, Sobel DS, Stewart AL, et al. *Evidence Suggesting That a Chronic Disease Self-Management Program Can Improve Health Status while Reducing Hospitalization. Medical Care* 1999;37:5-14.

Noreau L, Martineau H, Roy L, Belzile M. *Effects of a modified dance-based exercise on cardiorespiratory fitness, psychological state and health status of persons with rheumatoid arthritis. Am J Phys Med Rehabil* 1995;74(1):19-27.

Kovar PA, Allegrante JP, MacKenzie CR, Peterson MG, Gutin B, and Charlson ME. *Supervised fitness walking in patients with osteoarthritis of the knee: a randomized, controlled trial. Annals of Internal Medicine* 1992;116(7):529-34.

Улучшение психического и физического самочувствия пациентов

Многосторонние вмешательства, включающие релаксацию, обучение навыкам психологической адаптации, обучение мысленному представлению и компоненты процесса решения проблем, ведут к значительному сокращению числа симптомов, связанных с раком, включая обеспокоенность, боль, усталость, кашель, тошноту и рвоту.

Fawzy FI, Cousins N, Fawzy NW, Kemeny ME, Elashoff R, and Morton D. *A structured psychiatric intervention for cancer patients. Archives of Gen.Psychiatry* 1990;47:720-725.

Arathuzik D. *Effects of cognitive-behavioural strategies on pain in cancer patients. Cancer Nursing* 1994;17(3):207-214.

Lorig и коллеги изучили результаты воздействия *Программы самостоятельного преодоления хронических болезней*, осуществленной на пациентах с рядом хронических состояний, включая сердечные и легочные заболевания, а также инсульт или артрит. Группа лидеров с 20-часовой подготовкой осуществила программы на уровне общины, где в каждой группе было 10-15 участников. В рамках программы было проведено семь еженедельных занятий, каждое продолжительностью в 2,5 часа. Основное внимание уделялось навыкам самоконтроля, включая контроль за симптомами, видам здорового поведения, регулированию эмоций, контакт со специалистами здравоохранения и навыкам решения проблем. Результаты данного исследования показали значительное сокращение числа посещений отделения экстренной помощи и амбулаторий, улучшение поведения, связанного со здоровьем, уменьшение числа симптомов и улучшение состояния здоровья. Сокращение числа использования услуг и эмоциональных дистрессов совершенно очевидно, по крайней мере в течение двух лет после осуществления данной программы.

Lorig KR, Ritter P, Stewart A, Sobel D, Brown B, Bandura A, Gonzolez V, Laurent D, Holman H. *Chronic Disease Self-Management Program: 2 Year Health Status and Health Care Utilization Outcomes. Medical Care* 2001;39:1217-1223.

Сокращение числа пропущенных рабочих дней/школьных занятий

Некоторые исследования обнаружили воздействие новаторских программ по самоконтролю на производительность труда и эффективность школьных занятий. Обычно формирование и применение навыков самоконтроля ведут к:

- ⊕ уменьшению числа пропущенных занятий в школе
- ⊕ уменьшению числа больничных дней
- ⊕ повышению уровня производительности



Bolton MB et al. *The Cost and Effectiveness of an Education Program for Adults Who Have Asthma. Journal of General Internal Medicine* 1991;6(5):401-407.

Mayo PH et al. *Results of a Program to Reduce Admissions for Adult Asthma Annals of Internal Medicine* 1990;112(11):801-802, 864-871.

Kotses H, Bernstein IL, Bernstein DJ, et al. *A Self-Management Program for Adult Asthma. Part 1: Development and Evaluation. Journal of Allergy and Clinical Immunology* 1995;95:529-40.

Evans R III, Gergen PJ, Mitchell H, et al. *A randomized clinical trial to reduce asthma morbidity among inner-city children: results of the National Cooperative Inner-City Asthma Study. J Pediatr* 1999;135:332-338.

Greineder DK, et al. *Reduction in Resource Utilization by an Asthma Outreach Program. Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 1995;149(4):415-420.

Wilson SR, Latini D, Starr NJ, et al. 1996. *Education of Parents of Infants and Very Young Children with asthma: A Developmental Evaluation of the Wee Wheezers Program. Asthma* 1996;33:239-54.

Clark NM, Feldman CH, Evans D, et al. *The Impact of Health Education on Frequency and Cost of Health Care Use by Low Income Children with Asthma. Journal of Allergy and Clinical Immunology* 1986;78:108-15.

Сохранение рабочих мест

Рандомизированные контролируемые испытания, проведенные компанией RAND Corporation, позволили дать оценку Программ по повышению качества при лечении депрессии в регулируемой медико-санитарной практике. Вопрос заключался в выяснении того, приводят ли эти новаторские подходы к повышению качества помощи, улучшению здоровья и увеличению занятости больных депрессией. В этом вмешательстве использовались местные эксперты и медсестры для обеспечения просвещения врачей и пациентов. Медсестры также осуществляли контроль за приемом лекарственных средств, или подготовленные психотерапевты оказывали помощь. Благодаря этой новаторской программе в течение одного года улучшились качество помощи, состояние психического здоровья и сохранение занятости. В целом число посещений медиков не увеличилось.

Wells KB, Sherbourne C, Schoenbaum M, Duan N, Meredith L, Unutzer J, Miranda J, Carney M, Rubenstein LV. *Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: A randomized controlled trial. JAMA* 2000;283(2):212-220.

В рамках аналогичного новаторского проекта была успешно осуществлена программа по повышению качества первичной медико-санитарной помощи при депрессиях. В этом рандомизированном контролируемом испытании принимали участие 46 клиник первичной медико-санитарной помощи и 1356 пациентов. Новаторский подход состоял в специальной подготовке врачей и медсестер, предоставлении учебных материалов и материалов для оценки, а медсестра либо контролировала прием лекарственных средств, либо проводила поведенческую терапию. Результаты этой программы показывают, что затраты возросли по сравнению с обычной помощью. Однако по прошествии 24 месяцев после этого мероприятия у пациентов, участвовавших в этой программе, значительно уменьшилось число дней с симптомами депрессии, и сократилось число больничных дней по сравнению с пациентами, получившие обычную медицинскую помощь.

Schoenbaum M, Unutzer J, Sherbourne C, Duan N, Rubenstein LV, Miranda J, Meredith LS, Carney MF, Wells K. *Cost-effectiveness of Practice-Initiated Quality Improvement for Depression: Results of a Randomized Controlled Trial. Journal of the American Medical Association* 2001;286:1325-1335.



Новаторские подходы и улучшение процессов оказания медицинской помощи

Сэкономлено четыреста лет ожидания

Национальная служба здравоохранения Соединенного Королевства Великобритании и Северной Ирландии (НСЗ) добилась замечательных улучшений в обеспечении непрерывной помощи больным раком. Две цели НСЗ заключаются в максимальном повышении качества помощи и в поддержке новаторского преобразования процессов оказания помощи в интересах пациентов. Согласно оценкам, данный проект позволил сэкономить 400 лет ожидания для пациентов с раком молочной железы, легких, пищеварительного тракта, простаты и овариального рака. Кроме того, было выявлено более 200 способов улучшения работы служб, причем многие улучшения были произведены за счет относительно незначительных новых ресурсов.

Mayo S. Pilot projects show cancer treatment can be speeded up. BMJ 2001;322:69.

Получение пациентами адекватной помощи

Новый подход к лечению диабета в рамках комплексной системы здравоохранения в США оказался весьма успешным в плане расширения доступа к основному медико-санитарному просвещению в отношении ведения этого хронического состояния и качества помощи при диабете в целом. Данная программа носит всеобъемлющий характер с участием как пациентов, так и провайдеров. Она включает практическое руководство, медицинский скрининг, доклады провайдеров, просвещение по вопросам диабета, целенаправленные посещения клиник, легкий доступ к системам медицинской помощи и напоминаний. Результаты показали значительное улучшение в области профилактического скрининга, улучшения доступа к медико-санитарному просвещению по вопросам диабета и понижению содержания глико-гемоглобина.

Freidman N, Gleeson J, Kent M, Foris M, Rodriguez D, Cypress M. Management of diabetes mellitus in the Lovelace Health Systems' EPISODES OF CARE program. Eff Clin Pract 1998;1(1):5-11.

Повышение уровней скрининга

Одна из крупных организаций по поддержанию здоровья в США использует подход на уровне населения по улучшению результатов лечения своих 13 000 больных диабетом. Эта новаторская программа предусматривает оказание помощи группам первичной медико-санитарной помощи по улучшению лечения диабета. Основанная на модели комплексной помощи при хронических состояниях эта программа включает регистрацию пациентов в режиме "он-лайн", руководящие принципы, составленные на основе фактических данных, для оказания плановой помощи в случае диабета, улучшенную систему поддержки самоконтроля пациентов и перестройку практики, которая включает групповые посещения. Результаты свидетельствуют об улучшениях в следующих областях:

- ⊕ повышение уровней ретинального скрининга с 56% до 70%
- ⊕ повышение уровней почечного скрининга с 18% до 68%
- ⊕ повышение уровней исследования стопы с 18% до 82%
- ⊕ повышение уровней гликозилированного гемоглобина с 72% до 92%

Sadur CN et al. Diabetes Management in a Health Maintenance Organization: Efficacy of care management using cluster visits. Diabetes Care 1999;22(12):2011-2017.



Резюме

Новаторские подходы и творческие программы по улучшению лечения и результатов, связанных с хроническими состояниями, разрабатываются во всем мире. Эти новаторские подходы в области медицинской помощи варьируются от просвещения и обучения самоконтролю до объединения добровольцев и неспециалистов из общины для предоставления услуг. Разработчики творческих программ используют новаторские методы осуществления новых программ, включающих групповые посещения, контроль по телефону и стратегии, осуществляемые в домашних условиях.

Фактические данные, полученные в период от систематических исследований до рандомизированных испытаний, являются убедительными даже на ранних стадиях разработки. К настоящему времени проведена оценка многих основных элементов "Структуры новаторских методов оказания помощи при хронических состояниях". Вместе с тем, еще предстоит провести всеобъемлющую проверку полных рамок (то есть на уровне политики, учреждения/общины и пациентов) с учетом того, что многие ее компоненты еще не были исследованы за пределами развитых стран. Местные структуры должны приступить к разработке своей собственной базы фактических данных для оказания помощи при хронических состояниях.

