

Получена: 09 сентября 2017 / Принята: 07 октября 2017 / Опубликовано online: 31 октября 2017

УДК 614.2-616.4+339.92

ОРГАНИЗАЦИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В ОТДЕЛЬНЫХ СТРАНАХ-ЧЛЕНАХ ОРГАНИЗАЦИИ ЭКОНОМИЧЕСКОГО СОТРУДНИЧЕСТВА И РАЗВИТИЯ

Айгул Е. Тажиева ¹, <http://orcid.org/0000-0002-8983-1868>

Виталий Л. Резник ², <http://orcid.org/0000-0002-2776-6239>

Андрей М. Гржибовский ³⁻⁶, <http://orcid.org/0000-0002-5464-0498>

¹ Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ», Алматы, Казахстан;

² Казахский национальный университет им. Аль-Фараби, Алматы, Казахстан;

³ Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск, Россия;

⁴ Национальный Институт Общественного Здравоохранения, г. Осло, Норвегия;

⁵ Северо-Восточный федеральный университет, г. Якутск, Россия;

⁶ Международный казахско-турецкий университет, г. Туркестан, Казахстан.

В данном обзоре проанализирован мировой опыт организации первичной медико-санитарной помощи больным с сахарным диабетом 2 типа в отдельных странах с разным уровнем развития экономики.

Работа представляет собой полусистематический обзор литературы, опубликованной в англоязычных источниках. Поиск статей проводился по следующим ключевым словам: «сахарный диабет 2 типа», «первичная медико-санитарная помощь», «организация экономического сотрудничества и развития» в базах данных PubMed, Medline Complete, Wiley Online Library, SpringerLink, Google scholar, eLibrary, опубликованных за период с 2010 по 2017 годы. Были изучены программные документы Международной диабетической федерации (МДФ), а также Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

Во многих странах имеется своя политика по управлению сахарным диабетом 2 типа и существуют определенные подходы, при этом отбор, дифференциация и принятие тех положительных ключевых приоритетов из них позволит улучшить качество и преемственность оказываемой помощи в первичном звене.

Ключевые слова: Сахарный диабет 2 типа, первичная медико-санитарная помощь, организация экономического сотрудничества и развития.

Summary

ORGANIZATION OF PRIMARY HEALTH CARE FOR TYPE II DIABETES PATIENTS IN SELECTED OECD COUNTRIES

Aigul Ye. Tazhiyeva ¹, <http://orcid.org/0000-0002-8983-1868>

Vitaliy L. Reznik ² <http://orcid.org/0000-0002-2776-6239>

Andrej M. Grjibovski ³⁻⁶, <http://orcid.org/0000-0002-5464-0498>

¹ Kazakhstan's Medical University "KSPH", Almaty, Kazakhstan;

² Kazakh National University n.a. Al-Farabi, Almaty, Kazakhstan;

³ Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russia;

⁴ Norwegian Institute of Public Health, Norway;

⁵ North-Eastern Federal University, Yakutsk, Russia;

⁶ International Kazakh- Turkish University, Turkestan, Kazakhstan.

In this literature review we present international experience in organization of primary health care for Type II diabetic patients in different countries at various stages of economic development.

This is a semisystematic review of literature published in English language literature. Article search was performed using the following key words: «Type II diabetes», primary health care», «OECD» using PubMed, Medline Complete, Wiley Online Library, SpringerLink, Google scholar, eLibrary, published from 2010 to 2017 годы. Also we studied program documents of the International Diabetic Federation and World Health Organization. Many countries have policies related to the management Type II diabetes. Although their relevance to Kazakhstan varies, international experience in some positive aspects of patient selection, differentiation and prioritization has a potential to improve the quality of primary health care.

Keywords: Type 2 diabetes, primary health care, OECD.

Түйіндеме

ЭКОНОМИКАЛЫҚ ЫНТЫМАҚТАСТЫҚ ЖӘНЕ ДАМУШЫ ҰЙЫМДАР ЖЕКЕ МЕМЛЕКЕТТЕРІ – МҮШЕЛЕРІНДЕГІ 2 ТҮРДЕГІ ҚАНТ ДИАБЕТІ НАУҚАСТАРҒА АЛҒАШҚЫ МЕДИКО-САНИТАРЛЫҚ КӨМЕКТІ ҰЙЫМДАСТЫРУ

Айгул Е. Тажиева ¹, <http://orcid.org/0000-0002-8983-1868>

Виталий Л. Резник ², <http://orcid.org/0000-0002-2776-6239>

Андрей М. Гржибовский ³⁻⁶, <http://orcid.org/0000-0002-5464-0498>

¹ Қазақ медициналық университеті «ҚДЖМ», Алматы, Қазақстан;

² Аль–Фараби атынд. Қазақ ұлттық университеті, Алматы, Қазақстан;

³ Солтүстік Мемлекеттік Медициналық Университеті, Архангельск қ., Ресей;

⁴ Қоғамдық Денсаулық сақтау Ұлттық Институты, Осло қ., Норвегия;

⁵ Солтүстік - Шығыс Федералдық Университеті, Якутск қ., Ресей;

⁶ Х.А. Ясави ат. Халықаралық Қазақ – Түрік Университеті, Туркестан, Қазақстан;

Осы шолуда даму деңгейі әртүрлі жеке мемлекеттердегі 2 түрдегі қант диабетімен науқастарға алғашқы медико-санитарлық көмекті ұйымдастырудың әлемдік тәжірибесі талданған. Жұмыс ағылшын – орыс тілді нұсқаларда жарияланған әдебиетті жартылай жүйелі шолудан тұрады. Мақалаларды іздестіру мынадай негізгі сөздер бойынша өткізілді: «2 түрдегі қант диабеті», «алғашқы медико-санитарлық көмек», «экономикалық ынтымақтастықты және дамуды ұйымдастыру» Pub Med, Medline Complete, Wiley Online Library, Springer Link, Google scholar, eLibrary мәліметтер базасында, 2010-2017 жылдар мерзімінде жарияланған. Халықаралық диабеттік федерация (ХДФ) бағдарламалық құжаттары зерделенген болатын, сол сияқты Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы (ДДСҰ).

2 түрдегі қант диабетін басқару бойынша көптеген мемлекеттерде өздерінің саясаты бар және нақты әдістері бар, сонымен бірге сол оңды негізгі басымдылықтарын таңдау, дифференциациясы және қабылдау кезінде олардың алғашқы буында көрсетілетін көмектің сапасын және сабақтастықты жақсартуға мүмкіндік береді.

Негізгі сөздер: 2 түрдегі қант диабеті 2 типі, алғашқы медико-санитарлық көмек, экономикалық ынтымақтастық және дамушы ұйым.

Библиографическая ссылка:

Тажиева А.Е., Резник В.Л., Гржибовский А.М. Организация первичной медико-санитарной помощи больным сахарным диабетом 2 типа в отдельных странах-членах организации экономического сотрудничества и развития // Наука и Здравоохранение. 2017. №5. С. 88-98.

Tazhiyeva A.Ye., Reznik V.L., Grijbovski A.M. Organization of primary health care for type II diabetes patients in selected OECD countries. *Nauka i Zdravookhranenie* [Science & Healthcare]. 2017, 5, pp. 88-98.

Тажиева А.Е., Резник В.Л., Гржибовский А.М. Экономикалық ынтымақтастық және дамушы ұйымдар жеке мемлекеттері – мүшелеріндегі 2 түрдегі қант диабеті науқастарға алғашқы медико-санитарлық көмекті ұйымдастыру // Ғылым және Денсаулық сақтау. 2017. №5. Б. 88-98.

Введение

Во многих странах имеется своя политика по управлению сахарным диабетом 2 типа и существуют определенные подходы, при этом отбор, дифференциация и принятие тех положительных ключевых приоритетов из них позволит улучшить качество и преемственность оказываемой помощи в первичном звене.

Стратегия поиска

Данная работа представляет собой полусистематический обзор литературы, опубликованной в англо- и русскоязычных источниках. Поиск статей проводился по следующим ключевым словам: «сахарный диабет 2 типа», «первичная медико-санитарная помощь», «организация экономического сотрудничества и развития» в базах данных PubMed, Medline Complete, Wiley Online Library, SpringerLink, Google scholar, eLibrary, опубликованных за период с 2010 по 2017 годы. Были изучены программные документы Международной диабетической федерации (МДФ), а также Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

Результаты.**Распространенность сахарного диабета II типа**

Показатели распространенности сахарного диабета 2 типа и его осложнений позволяют провести анализ и оценку оказываемой медицинской помощи и определить затраты на лечение. Большинство медицинских работников и многие исследователи опираются и представляют данные о заболеваемости с базы данных Всемирного банка, данных ОЭСР, Международной диабетической федерации и Национального регистра в соответствии с регионами. Существующие различия между статистическими показателями распространенности диабета в мире определяет необходимость проведения

целенаправленных исследований для выявления истинной и детальной картины распространенности патологии, которые были бы использованы в качестве научной основы для планирования соответствующих оздоровительных, лечебных и профилактических мероприятий. В 2015 году распространенность диабета среди населения в возрасте 20-79 лет в среднем по ОЭСР составила - 8,6%. (Рисунок 1) [6].

Социально-экономические условия в раннем периоде жизни могут выступать как долгосрочные последствия развития сахарного диабета 2 типа [20]. На развитие преддиабета и сахарного диабета 2 типа в зрелом и пожилом возрасте влияют социально-экономические условия в раннем возрасте. Проведенное Ivonne P.M. и соавторами исследование показало, что в раннем возрасте участники исследования с низким социально-экономическим статусом в 1,56 раза имели более высокие шансы преддиабета (95% (ДИ) 1.21-2.02) и в 1,61 раза больше шансы заболеть диабетом 2 типа (95% (ДИ) 1.31-1.99) [5].

В кросс-секционном исследовании проведена оценка взаимосвязи между социально-экономическим статусом (SES) и осложнениями сахарного диабета 2 типа (ретинопатия и нефропатия), среди молодежи в Японии, в котором приняли участие 782 больных с 2 типом диабета (525 мужчин, 257 женщин), в возрасте 20-40 лет. В результате исследования было установлено, что низкий социально-экономический статус с большей вероятностью связан с развитием осложнений диабета 2 типа у лиц молодого возраста. Эти данные свидетельствуют о необходимости улучшения политики в области здравоохранения, уменьшения социально-экономического неравенства [9].

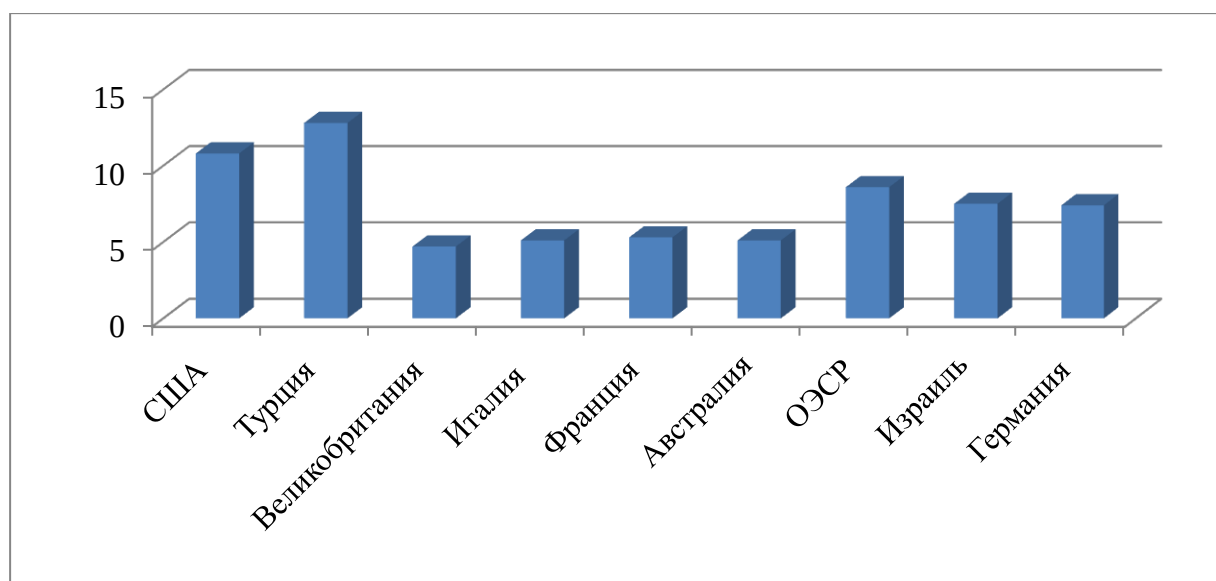


Рисунок 1. Распространенность сахарного диабета среди лиц 20-79 лет в отдельных странах - членах ОЭСР (источник:

<http://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.DIAB.ZS?end=2015&locations=IMO&start=2015&view=bar>

При сахарном диабете 2 типа пациенту часто приходится посещать медицинские организации и тратить значительные средства на получение необходимой помощи. Для разработки программы и планов действий в отношении диабета первостепенной задачей системы здравоохранения является изучение и оценка ситуации в стране. В первую очередь, необходимо привести показатели по проводимым мероприятиям или вмешательствам в отношении диабета, на втором этапе оценивается охват населения основным вмешательством в соответствии с доказательной базой на популяционном и индивидуальном уровнях. При этом проводимые вмешательства должны оцениваться по системе «светофора», как широкие (охват более 75%), умеренные (25-75%) и ограниченные (менее 25%). Предложенная система позволяет провести анализ и оценку мероприятий, направленных на ранее выявление заболевания с последующим его наблюдением, также включает вопросы просвещения пациентов, питания, физической активности, профилактики осложнений, контроля глюкозы и артериальной гипертензии. Третий этап включает изучение 15-ти препятствий или трудностей, которые ограничивают проведение вмешательств по поводу диабета, на четвертом этапе приводятся инноваций и

примеры передовой практики в системе здравоохранения и на последнем, пятом этапе даются рекомендации в виде программы, в котором определены приоритетные меры и конкретные условия для каждой отдельно взятой страны. Правильная организация своевременной медицинской помощи больным диабетом 2 типа будет иметь не только социальную, но и экономическую эффективность [4]. Министерство здравоохранения Великобритании для улучшения качества оказания медицинской помощи больным сахарным диабетом в 2001 году в рамках национальной диабетологической службы (National Service Framework for diabetes) разработала 12 стандартов, внедрение которых привело к получению полной информации об оказании медицинской помощи больным и выявлению ее недостатков [14]. Во всех странах ОЭСР диабет является основной причиной сердечно-сосудистых заболеваний, слепоты, почечной недостаточности и ампутации нижних конечностей [13].

Проведение мониторинга потенциально предотвратимых госпитализаций при диабете является одним из ключевых показателей оценки качества первичной помощи [24,35]. Проведенное исследование с участием 23 стран показало, что, несмотря на развитую систему первичной медико-санитарной

помощи, существенное уменьшение числа госпитализированных пациентов с диабетом не наблюдалось [37]. В связи с неконтролируемой формой сахарного диабета в Венгрии и Германии отмечено значительное увеличение госпитализации пациентов в стационары, что определяет необходимость усиления деятельности первичной медико-санитарной помощи [23].

Как было определено в Алма-Атинской декларации (ВОЗ, 1978), первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) является основой действенной, эффективной и справедливой работы всех систем здравоохранения. Развитие межсекторального подхода, ориентированного на конечные результаты программы и инвестиции в здравоохранении, партнерство, усиление первичной медико-санитарной помощи, особенно на семейном и коммунальном уровне подразумевает комплексность и неразрывность клинической медицины, укрепления здоровья и общественной ответственности за здоровье населения.

Мировой опыт организации первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) больным с диабетом 2 типа

Улучшение здоровья и благосостояния людей с диабетом требует постоянных действий на всех уровнях, включающий политику, программу, клиническую практику и участие самого пациента. J. Sonya Haw и соавт. изучили эффективность стратегии и их способы измерения по улучшению качества оказания помощи и снижению осложнения при сахарном диабете, при котором были определены три основные цели, обеспечения медицинской помощи на высоком уровне, улучшение здоровья населения и снижение затрат. [15].

В основном больным с диабетом оказывается помощь в амбулаторных условиях. Важность регулярной оценки амбулаторной диабетической помощи для больных с диабетом необходима для поддержания оптимального уровня контроля глюкозы и мониторинга факторов риска острых и хронических осложнений. Компоненты медицинского обслуживания

включают структуру, процессы и результаты [25]

Многокомпонентные специализированные и организационные вмешательства могут повысить эффективность работы медицинских работников в управлении пациентами с диабетом. Медсестрам отведена важная роль в улучшении управления диабетом, особенно во вмешательствах ориентированных на пациента: обучение, соблюдение приверженности лечению [26]

Повышение качества лечения диабета является ключевой стратегией в странах с низким и средним уровнем дохода [8]. Институт медицины определила шесть параметров улучшения качества системы здравоохранения: 1. безопасность 2. эффективность 3. пациент-ориентированность 4. своевременность оказания помощи 5. снижение затрат и 6. справедливость. Большие наборы данных здравоохранения дают возможность оценить качество в этих областях [16].

Kringos et al. и соавт. проанализировали опыт первичной медико-санитарной помощи в 27 европейских странах, в качестве критериев оценки были выбраны следующие показатели: управление, финансовые и кадровые ресурсы, доступность, всесторонность, непрерывность, координация медицинской помощи. Авторами было установлено, что в Великобритании и Нидерландах первичная медико-санитарная помощь организована на высоком уровне, в то время как во Франции, Германии, Норвегии, Швеции и Швейцарии по оценкам имели средний уровень [19].

По результатам кросс-секционного исследования с участием 20 045 респондентов из 11 стран ОЭСР (Австралия, Канада, Франция, Германия, Нидерланды, Новая Зеландия, Норвегия, Швеция, Швейцария, Великобритания, США) было установлено, что индикаторами оценки качества оказания первичной медико-санитарной помощи в разных странах могут выступать удовлетворенность пациентов, при этом при анализе необходимо учитывать возраст, пол контингента, состояние здоровья, наличие хронического заболевания и уровень дохода [22].

Michaela Schunk и соавт. провели сравнительный анализ качества жизни людей имеющих диабет 2 типа и людей без диабета, в исследовании участвовали 5367 человек в возрасте 45-74 лет. В среднем за период наблюдения 8,7 лет было отмечено ежегодное снижение показателей качества жизни, в частности физического компонента - 0,27-0,32 и психологического компонента - 0,34-0,38 в группе с диабетом по сравнению без диабета [28].

Ali M.K. et al. и соавт. установлена эффективность многокомпонентной стратегии в улучшения качества лечения диабета даже в клиниках с ограниченными ресурсами [1].

В 2009 году Центральным комитетом по диабетической службе в Гонконге были приняты следующие стратегии по сахарному диабету, направленных на обеспечение доступности помощи в системе общественного здравоохранения:

- информация об обслуживании пациентов собираются и анализируется с помощью электронной системы клинического управления;
- для обеспечения медицинской помощи при диабете и сбора клинических данных созданы клинические модули в системе клинического управления;
- впервые в 2013 году опубликованы корпоративные клинические руководства по лечению сахарного диабета 2 типа, который пересматривается и обновляется на сегодняшний день;
- крупномасштабные программы по улучшению лечения диабета, включающая междисциплинарную программу оценки рисков и программа управления диабетом (RAMP-DM), а также структурированная программа расширения возможностей пациентов (PER)
- регулярный мониторинг показателей эффективности.

Кроме того, в Руководстве по организационной клинической практике установлен стандарт медицинской помощи, охватывающий следующие области: (1) диагностика; (2) минимальные процессы в амбулаторном лечении; (3) самоменеджмент пациента как неотъемлемый компонент управления; (4) снижение уровня глюкозы; (5)

контроль сердечно-сосудистых факторов; (6) регулярный скрининг на диабетические осложнения с интервалом от 1 до 3 лет и (7) стационарное лечение гипергликемических состояний [21].

Система оказания медицинской помощи с сахарным диабетом в США, Великобритании и Германии согласно нормативу времени организована по-разному, в США больному с диабетом врачи уделяют в среднем - 17 минут, в Германии - 9,5 минут, тогда как в среднем на консультацию тратят 10 минут врачи в Великобритании. Между тем, в Германии врачи консультируют пациентов реже (3,7 дня), чем врачи в Великобритании (10,9 дней) и врачи США (15,7 дней). Представленные различия по времени консультации, вероятно, связаны с существующими подходами в системе здравоохранения в отношении пациентов с сахарным диабетом 2 типа [18].

Опыт Австралии. В стране функционируют диабетологические центры эндокринологические отделения в крупных госпиталях, с 1937г. осуществляет свою деятельность Диабетическая ассоциация. В Австралии внедрена многоаспектная федеральная программа «Национальная диабетическая стратегия (NDSS)», которая осуществляет контроль за пациентами по соблюдению надлежащего лечебного, профилактического режима и самоконтроля. Врачи общей практики оказывают медицинскую помощь 10-20% больным сахарным диабетом среди всего обслуживаемого населения. Периодичность осмотра больных с диабетом осуществляется по следующим показателям: общий анализ крови и мочи не реже 1 раза в год, измерение артериального давления при каждом посещении, определение уровня гликизированного гемоглобина (HbA1c) каждые 3-6 месяцев, контроль массы тела не реже 1 раза в 2-3 месяца, осмотр офтальмолога каждые 6-12 месяцев, осмотр стоп каждые 6 месяцев. Консультация эндокринолога осуществляется на платной основе, большинство пациентов направленные в диабетический центр при госпиталях на консультацию к эндокринологу приходится долго ожидать приема врача примерно 2-3 месяца, при этом у пациентов

отсутствует право выбора врача. На практике госпитализация пациентов не предусмотрена даже в лечебно-профилактических целях [34].

Опыт США. Американская диабетическая ассоциация (2017г.) согласно уровням доказательности (A, B, C, D, E) определила ключевые рекомендации по укреплению здоровья и сокращение неравенства населения: Планирование медицинской помощи должно осуществляться на основе модели оказания помощи при хронических заболеваниях, что подчеркивает важность взаимодействия между междисциплинарной группой и пациентом (уровень доказательности - A). Групповой подход, участие сообщества, реестр пациентов и удовлетворения потребностей пациентов (уровень доказательности - B). При принятии решения о лечении больного следует учитывать следующие факторы: уровень дохода, потенциальную нехватку продовольствия, стабильность жилья и финансовые барьеры, и применять эту информацию к решениям о лечении (уровень доказательности – A). Пациентов следует направлять на местные ресурсы общины, когда они доступны. Доступность и поддержка врачей, специалистов общественного здравоохранения пациентам (уровень доказательности – A) [2]

В проведенном систематическом обзоре (16 исследований) установлена эффективность модели оказания помощи Chronic Care Model при сахарном диабете в условиях первичной медико-санитарной помощи [29].

Опыт Италии. Население страны охвачено государственным медицинским страхованием. Первичную медико-санитарную помощь при сахарном диабете оказывают врачи общей практики. Rossi MCE. и соавт. провели исследование с участием более 5000 пациентов в Италии. По результатам исследования подтверждено наличие связи между качеством лечения и развитием долгосрочных исходов, как развитие сердечно-сосудистых осложнений [27].

С 2004 года Итальянская ассоциация диабетологов (AMD) для снижения заболеваемости населения диабетом собирает и формирует информацию о

пациентах и показателях клиник. В настоящее время ассоциация включает 250 клиник по всей Италии и охватывает 400 тыс. пациентов с диабетом 1 и 2 типа. Собранные данные о качестве обслуживания, сравниваются с золотыми стандартами, установленными путем определения лучших центров, работающих в одной и той же системе здравоохранения в аналогичных условиях. Этот подход представляет собой ключевую особенность непрерывных усилий по повышению качества, осуществляемых в Италии. Результаты затем публикуются на странице сайте ассоциации, и обсуждаются на ежегодном собрании. Проект осуществляется без выделения дополнительных ресурсов и доказала свою эффективность в улучшении показателей, которое было отражено в промежуточных результатах [32]. В 2006 году в Италии был утвержден Национальный план профилактики «PASSI», целью которого является непрерывное наблюдение за населением в возрасте 18-69 лет болеющих сахарным диабетом. Данная программа содержит информацию о распространенности диабета, географических особенностях и о факторах риска [7].

Опыт Турции. 87% населения Турции имеет медицинскую страховку. По сравнению с Европой (33), обеспеченность врачами составляет – 171 на 100 тыс. населения. В стране сотрудничают государственные и частные медицинские организации для проведения клинических исследований в отношении пациентов с диабетом [17].

Опыт Израиля. С 1997 года в Израиле осуществляется программа по борьбе с диабетом под руководством одной из крупнейших страховых компаний Clalit Health Services, на данный момент охват населения составляет 100%. Данная система включает адаптированные клинические руководства, программу по непрерывному медицинскому обучению, программное обеспечение в виде национальных электронных медицинских записей помогающих медицинским работникам в принятии клинических решении относительно больного. Преимуществом системы является то, что медицинские работники могут больше проводить время с пациентами, за счет уменьшения

дублирования тестирования и ненужных процедур, при этом сокращаются расходы. Основываясь главным образом на показателях качества программы по борьбе с диабетом, в 2004 году в стране была создана Национальная программа. На сегодняшний день программа имеет положительные результаты: доля людей с диабетом, получающих приборы для измерения сахара в крови увеличилось в четыре раза. Кроме этого, наблюдается улучшение показателей уровня холестерина и уровня глюкозы в крови: доля людей с диабетом, находящихся в хорошем контроле возросла с 28% в 1999 году до 53% в 2007 году [12].

Опыт Великобритании. По результатам исследования с участием 824 взрослых пациентов и 207 врачей общей практики было установлено, что структурированный групповой курс обучения ориентированный на пациента по самоконтролю диабета имела большой успех в потере веса и прекращения курения, также имел экономическую эффективность. В этой связи была разработана образовательная программа, «Диабетическое образование и самоконтроль для больных с диабетом и у впервые диагностированных» (DESMOND). DESMOND - это структурированная программа обучения и управления заболеванием, разработанная для людей с впервые диагностированным диабетом 2 типа, которая определяет риски для здоровья и направлена на разработку персонализированных целей, а также включает эмоциональную и социальную поддержку. Данная программа была адаптирована в Нидерландах, в Австралии [10].

Опыт Франции. Управление хроническими заболеваниями, в частности сахарным диабетом является одним из основных приоритетов французской системы медицинского страхования (CNAMTS), в рамках которого пациенты обеспечиваются бесплатно лекарственными препаратами. Для улучшения состояния здоровья и качества жизни людей с диабетом, а также за счет снижения частоты осложнений и сопутствующих заболеваний сокращение расходов на здравоохранение внедрена Национальная программа психологической

поддержки и медицинской консультации «SOPHIA». Программа SOPHIA направлена на предоставление персонализированных консультаций по вопросам здоровья, питания, физической активности, самоконтроля глюкозы, осуществляемые через телефонные звонки и через программное обеспечение (web-based support). Следует отметить, что в стране не ведется национальный реестр пациентов с диабетом, для улучшения координации и оказания помощи при хронических заболеваниях, в том числе с сахарным диабетом необходимо внести системные изменения, совершенствовать методы профилактики, мониторинга и сокращения частоты осложнений [3, 33].

Опыт Германии. От общего объема расходов на здравоохранения примерно 14,2% приходится на лечение пациентов с диабетом, при наличии микро- и макрососудистых осложнений больной обходится стране 4,1 раза больше по сравнению с не болеющими. В Германии система обязательного медицинского страхования (SHI) состоит из 115 больничных касс, которые являются некоммерческими страховыми компаниями и покрывают стационарное и амбулаторное лечение, также обеспечивает лекарственными средствами. Затраты на лечение 1 больного с диабетом в среднем составляют 5,7 тыс. евро [30,36]. На уровне первичной медико-санитарной помощи в стране внедрена общенациональная программа по профилактике болезней, в том числе Национальная программа по борьбе с диабетом. В стране действует Реестр пациентов, внедрены клинические протоколы [11].

Сравнение показателей оценки качества эффективности проводимых мероприятий в разных странах в условиях первичной медико-санитарной помощи является методологически сложной задачей, поскольку страны предоставляют информацию с различных баз данных, источники данных и принципы сбора данных неясны, при этом клинические показатели качества разбросаны, при отсутствии достаточного научного подтверждения достоверности и надежности конкретных показателей, все это ограничивает возможность проведения прямых

межстрановых сопоставлений. Большие различия по-прежнему существуют не только в отношении качества первичной медико-санитарной помощи в Европе, но и в том, как она измеряется [31].

Заключение

Сахарный диабет относится к социально-значимым заболеваниям и изучение вопросов эффективной борьбы с заболеванием, опыта на примере отдельных стран организации экономического сотрудничества и развития на уровне первичной медико-санитарной помощи может быть полезным для формирования оптимальной политики, целевых программ и рационального распределения финансовых ресурсов здравоохранения Республики Казахстан.

Источник финансирования. Проведенное исследование выполнялось в рамках программы докторантуры по специальности «Общественное здравоохранение» в Казахском медицинском университете «ВШОЗ» и не предполагает источники финансирования.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с проведенным исследованием и публикацией представленной статьи.

Литература:

1. Ali M.K., Singh K., Kondal D., Devarajan R., Patel S.A., Shivashankar R., Ajay V.S., Unnikrishnan A.G., Menon V.U. Effectiveness of a Multicomponent Quality Improvement Strategy to Improve Achievement of Diabetes Care Goals: A Randomized Controlled Trial // *Ann Intern Med.* . Vol. 20. P. 399-408.
2. American Diabetes Association *Standards of Medical Care in Diabetes. Promoting Health and Reducing Disparities in Populations* // *Diabetes Care.* 2017 Vol. 40 (Suppl. 1): P. 6-10.
3. Chevreul K., Brigham K., Bouché C. The burden and treatment of diabetes in France // *Global Health.* 2014. Vol. 10. P.6.
4. De Coster V.A. Challenges of type 2 diabetes and role of health care social work: a neglected area of practice // *Health Soc Work.* 2001. Vol. 26. P. 26-37.
5. Derks I.P., Koster A., Schram M.T., Coen D.A., Stehouwer P.C., Dagnelie M., Boosma H. The association of early life socioeconomic conditions with prediabetes and type 2 diabetes: results from the Maastricht study // *Int J Equity Health.* 2017. Vol. 16. P. 61
6. Diabetes prevalence (% of population ages 20 to 79) International Diabetes Federation, *Diabetes Atlas.* http://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.DIAB.ZS?end=2015&locations=OEUS&name_desc=true&start=2015&view=bar (Дата обращения: 10.06.2017)
7. Erwin P. Klein Wooltnuis Screening for type 2 diabetes mellitus, *The Cochrane Library* 2005 DOI: 10.1002/14651858.CD005266 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005266/full> (Дата обращения: 12.07.2017)
8. Flood D., Douglas K., Goldberg V., Martinez B., Garcia P., Catherine Arbour M., Rohloff P. A quality improvement project using statistical process control methods for type 2 diabetes control in a resource-limited setting // *Int J Qual Health Care* 1-9. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx051>
9. Funakoshi M., Azami Y., Matsumoto H., Ikota A., Ito K., Okimoto H., Shimizu N., Tsujimura F., Fukuda H., Miyagi C., Osawa S., Osawa R., Miura J. Socioeconomic status and type 2 diabetes complications among young adult patients in Japan // *PLoS One.* 2017. Vol.12 P. e0176087.
10. Gillett M., Dallosso H.M., Dixon S. Delivering the diabetes education and self management for ongoing and newly diagnosed (DESMOND) programme for people with newly diagnosed type 2 diabetes: cost effectiveness analysis // *BMJ.* 2010. Vol. 341. C. 4093.
11. Glasgow R.E., Nelson C.C., Whiteside H., King D.K. Use of the Patient Assessment of Chronic Illness care (PACIC) with diabetic patients // *Diabetes Care.* 2005. Vol. 28. P. 2655–2661.
12. Goldfracht M., Levin D., Peled O. Twelve-year follow-up of a populationbased primary care diabetes program in Israel // *Int J Quality Health Care.* 2011. Vol. 236. P. 674–681.
13. Greenfield S., Nicolucci A., Mattke S. Selecting indicators for the quality of diabetes care at the health systems level in OECD countries // *Int J Qual Health Care.* 2006. Vol. 18 (Suppl 1). P. 26-30.
14. *Guidance National service framework: diabetes*

<https://www.gov.uk/government/publications/national-service-framework-diabetes> (Дата обращения: 10.06.2017)

15. Haw J.S., Narayan K.M.V., Ali M.K. Quality improvement in diabetes—successful in achieving better care with hopes for prevention // *Ann New York Acad Sci.* 2015. Vol. 1353. P. 138–151.

16. Hinton W., Liyanage H., Mc Govern A., Liaw S.T., Kuziemyk C., Munro N., de Lusignan S. Measuring Quality of Healthcare Outcomes in Type 2 Diabetes from Routine Data: a Seven-nation Survey Conducted by the IMIA Primary Health Care Working Group. Primary Health Care Informatics Working Group Contribution to the Year Book of Medical Informatics 2017. <https://doi.org/10.15265/IY-2017-005> (Дата обращения: 11.07.2017)

17. *Innovating diabetes care in Turkey* <http://www.novonordisk.com/content/dam/Denmark/HQ/Sustainability/documents/blueprint-innovating-diabetes-care-in-turkey-uk.pdf> (Дата обращения: 12.07.2017)

18. Knesebeck O., Gerstenberger E., Link C., Marceau L., Roland M., Campbell S., Siegrist J., Cruppé W., McKinlay J. Differences in the diagnosis and management of type 2 diabetes in three countries (US, UK and Germany): results from a factorial experiment // *Medical Care.* 2010. Vol. 48. P. 321–326.

19. Kringos D., Boerma W., Bourgueil Y. The strength of primary care in Europe: an international comparative study // *Br J General Practice.* 2013 Vol. 63. P. 742–750.

20. Kuh D., Ben-Shlomo Y., Lynch J., Hallqvist J., Power C. Life course epidemiology // *J Epidemiol Community Health.* 2003. Vol. 57. P. 778–783.

21. Lau I.T. Clinical Practice Guideline to Guide a System Approach to Diabetes Care in Hong Kong // *Diabetes Metab J.* 2017. Vol. 41. P. 81–88.

22. Macinko J., Guanais F.C. Population experiences of primary care in 11 Organization for Economic Cooperation and Development countries // *Int J Qual Health Care.* 2015. Vol. 6. P. 443–50.

23. OECD, *Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care, in OECD Health Policy Studies.* 2015, OECD Publishing: Paris. P.-91

<http://www.oecd.org/els/cardiovascular-disease-and-diabetes-policies-for-better-health-and-quality-of-care-9789264233010-en.htm> (Дата обращения: 10.06.2017)

24. Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Health Policy Studies - Improving Value in Health Care: Measuring Quality. 2010. Available from <http://www.oecd.org/health/measuringquality> (Дата обращения: 10.06.2017)

25. Pihoker C., Forsander G., Wolfsdorf J., Klingensmith G.J. The delivery of ambulatory diabetes care: structures, processes, and outcomes of ambulatory diabetes care. *Pediatr Diabetes* 2008; 9:609–20.

26. Renders C.M., Valk G.D., Griffin S.J., Wagner E., van Eijk J.T.M., Assendelft W.J.J. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings Intervention Review The Cochrane Library DOI: 10.1002/14651858.CD001481

27. Rossi M.C.E., Lucisano G., Comaschi M., AMD-QUASAR Study Group. Quality of diabetes care predicts the development of cardiovascular events: results of the AMD-QUASAR study // *Diabetes Care.* 2011. Vol. 34. P. 347–352.

28. Schunk M., Reitmeir P., Rückert-Eheberg I.M., Tamayo T., Schipf S., Meisinger C., Peters A., Scheidt-Nave C., Ellert U., Hartwig S., Kluttig A., Völzke H., Holle R. Longitudinal change in health-related quality of life in people with prevalent and incident type 2 diabetes compared to diabetes-free controls // *PLoS One.* 2017. Vol.12. P. e0176895.

29. Stelfox M., Dipnarine K., Stopka C. The chronic care model and diabetes management in US primary care settings: a systematic review // *Preventing Chronic Disease.* 2013. Vol. 10. P. E26.

30. Stock S.A., Redaelli M., Lauterbach K.W. Disease management and health care reforms in Germany: does more competition lead to less solidarity? // *Health Policy.* 2007. Vol. 80. P. 86–96.

31. Suija K., Kivisto K., Sarria-Santamera A., Kokko S., Liseckiene I., Bredehorst M., Jaruseviciene L., Papp R., Oona M., Kalda R. Challenges of audit of care on clinical quality indicators for hypertension and type 2 diabetes across four European countries // *Family Practice.* 2015. Vol. 32. P. 69–74.

32. The AMD Annals 2010 Working Group & Cimino A, Fava D, Giorda CB et al. AMD Annals 2010: Quality Indicators in Diabetes Care in Italy. 2010. Available from: http://infodiabetes.it/files/Annali_2010_inglese_II.pdf (Дата обращения: 12.07.2017)

33. The diabetes epidemic and its impact on Europe. European diabetes leadership forum. Copenhagen. 2012

34. The Royal Australian College of General Practitioners. A systems approach to the management of diabetes: a guide for general practice networks. Melbourne: RACGP, 2010.

35. The World Bank Group, The State of Health Care Integration in Estonia. Summary Report. 2015, The World Bank Group; Estonian Health Insurance Fund

36. *Tuffs A.* Chronic disease management programmes are criticised by doctors // *BMJ*. 2002. Vol. 325. P. 356.

37. *van Loenen T., Faber M.J., Westert G.P., van den Berg M.J.* The impact of primary care organization on avoidable hospital admissions for diabetes in 23 countries // *Scand J Primary Health Care*. 2016. Vol. 34. P. 5-12.

Контактная информация:

Гржибовский Андрей Мечиславович – доктор медицины, магистр международного общественного здравоохранения, Старший советник Университета г. Осло, Норвегия; Заведующий ЦНИЛ СГМУ, г. Архангельск, Россия; Профессор Северо-Восточного Федерального Университета, г. Якутск, Россия; Почетный доктор Международного Казахско-Турецкого Университета им. Х.А. Ясяви, г. Туркестан, Казахстан; Почетный профессор ГМУ г. Семей, Казахстан.

Почтовый адрес: INFA, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Postboks 4404 Nydalen, 0403 Oslo, Norway.

Email: Andrej.Grijbovski@gmail.com

Телефон: +4745268913 (Норвегия), +79214717053 (Россия), +77471262965 (Казахстан).