

DOI: 10.31082/1728-452X-2019-203-5-60-66

УДК 614.2:616-082.6

ПРИНЦИПЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОГРАММ УПРАВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В РАМКАХ ДИСПАНСЕРНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НА УРОВНЕ ПМСП (обзор литературы)

Б.Б. АМИРОВ, <https://orcid.org/0000-0002-1096-9574>,
 Р.Т. КУАНЫШБЕКОВА, <https://orcid.org/0000-0001-8720-7079>,
 Н.А. АБДИКАЛИЕВ, <https://orcid.org/0000-0002-9083-7474>,
 К.Н. МАДАЛИЕВ, <https://orcid.org/0000-0002-8643-6053>,
 К.М. КОШУМБАЕВА, <https://orcid.org/0000-0002-8262-273X>,
 А.Х. ИСАБЕКОВА, <https://orcid.org/0000-0002-3172-3610>,
 Б.С. АСЕМБЕКОВ, <https://orcid.org/0000-0001-6149-2748>,
 Р.К. КАБЫКЕНОВА, <https://orcid.org/0000-0003-2448-9827>,
 Р.К. ЖАРЫЛКАСЫНОВА, <https://orcid.org/0000-0002-2375-4943>,
 Е.А. ЧЕРНОКУРОВА, <https://orcid.org/0000-0001-7014-9220>,
 Ф.С. ИБРАГИМОВА, <https://orcid.org/0000-0003-3882-8893>,
 Р.Х. КАРАЕВ, <https://orcid.org/0000-0003-1769-9623>

АО «Научно-исследовательский институт кардиологии и внутренних болезней», г. Алматы, Республика Казахстан

Изучение международного опыта внедрения Программы управления заболеваниями, основных принципов, необходимых для успешности ПУЗ в республике в национальном масштабе. В статье обоснована актуальность внедрения программ управления заболеваниями (ПУЗ) в текущих условиях развития отечественного здравоохранения, описаны компоненты ПУЗ, основные принципы, необходимые для их успешности в национальном масштабе, а также виды хронических неинфекционных заболеваний, рекомендованные для внедрения в рамках ПУЗ в республике.

Ключевые слова: программа управления заболеваниями, сахарный диабет, артериальная гипертензия, хроническая сердечная недостаточность, диспансеризация, первичная медико-санитарная служба.

Для цитирования: Амиров Б.Б., Куанышбекова Р.Т., Абдикалиев Н.А., Мадалиев К.Н., Кошумбаева К.М., Исабекова А.Х., Асембеков Б.С., Кабыкенова Р.К., Жарылкасынова Р.К., Чернокурова Е.А., Ибрагимова Ф.С., Караев Р.Х. Принципы внедрения программ управления заболеваниями в рамках диспансерного обслуживания на уровне ПМСП (обзор литературы) // Медицина (Алматы). – 2019. – №5 (203). – С. 60-66

Т Ы Ж Ы Р Ы М

БМСК ДЕҢГЕЙІНДЕ ДИСПАНСЕРЛІК ҚЫЗМЕТ КӨРСЕТУ ШЕҢБЕРІНДЕ АУРУЛАРДЫ БАСҚАРУ БАҒДАРЛАМАЛАРЫН ЕНГІЗУ ҚАҒИДАЛАРЫ (әдебиетке шолу)

Б.Б. ӘМИРОВ, <https://orcid.org/0000-0002-1096-9574>,
 Р.Т. ҚУАНЫШБЕКОВА, <https://orcid.org/0000-0001-8720-7079>,
 Н.А. ӘБДИҚАЛИЕВ, <https://orcid.org/0000-0002-9083-7474>,
 К.Н. МАДАЛИЕВ, <https://orcid.org/0000-0002-8643-6053>,
 К.М. ҚОШЫМБАЕВА, <https://orcid.org/0000-0002-8262-273X>,
 А.Х. ИСАБЕКОВА, <https://orcid.org/0000-0002-3172-3610>,
 Б.С. ӘСЕМБЕКОВ, <https://orcid.org/0000-0001-6149-2748>,
 Р.К. ҚАБЫКЕНОВА, <https://orcid.org/0000-0003-2448-9827>,
 Р.К. ЖАРЫЛҚАСЫНОВА, <https://orcid.org/0000-0002-2375-4943>,
 Е.А. ЧЕРНОКУРОВА, <https://orcid.org/0000-0001-7014-9220>,
 Ф.С. ИБРАГИМОВА, <https://orcid.org/0000-0003-3882-8893>,
 Р.Х. ҚАРАЕВ, <https://orcid.org/0000-0003-1769-9623>

"Кардиология және ішкі аурулар ғылыми-зерттеу институты" АҚ,
 Алматы қ., Қазақстан Республикасы

Ауруларды басқару бағдарламасын (ПУЗ) енгізудің халықаралық тәжірибесін, республикада ұлттық ауқымда ПУЗ табыстылығы үшін қажетті негізгі қағидаттарды зерттеу. Мақалада отандық денсаулық сақтауды дамытудың ағымдағы жағдайларында ауруларды басқару бағдарламаларын (ПУЗ) енгізудің өзектілігі негізделген, ПУЗ компоненттері, ұлттық ауқымда олардың табыстылығы үшін қажетті негізгі қағидаттар, сондай-ақ республикада ПУЗ шеңберінде енгізу үшін ұсынылған созылмалы инфекциялық емес аурулардың түрлері сипатталған.

Контакты: Чернокурова Елена Александровна, врач-кардиолог отдела профилактической медицины и популяционных исследований АО «НИИ кардиологии и внутренних болезней», мнс, г. Алматы, индекс 050000, ул. Айтеке би, 120. E-mail: Chernokurova.kz@gmail.com

Contacts: Yelena A Chernokurova, Cardiologist, Department of Preventive Medicine and Population Research, Research Institute of Cardiology and Internal Diseases, Almaty c., index 050000, st. Aйтеке bi, 120. E-mail: Chernokurova.kz@gmail.com

Поступила 22.04.2019

Herizgi сөздер: ауруларды басқару бағдарламасы, қант диабеті, артериялық гипертония, созылмалы жүрек жеткіліксіздігі, диспансеризация, алғашқы медициналық-санитарлық қызмет.

SUMMARY

PRINCIPLES OF IMPLEMENTATION OF DISEASE MANAGEMENT PROGRAMS WITHIN THE FRAMEWORK OF DISPENSARY SERVICE AT PHC LEVEL (literature review)

BB AMIROV, <https://orcid.org/0000-0002-1096-9574>,
RT KUANYSHBEKOVA, <https://orcid.org/0000-0001-8720-7079>,
NA ABDIKALIEV, <https://orcid.org/0000-0002-9083-7474>,
KN MADALIEV, <https://orcid.org/0000-0002-8643-6053>,
KM KOSHUMBAYEVA, <https://orcid.org/0000-0002-8262-273X>,
AKh ISABEKOVA, <https://orcid.org/0000-0002-3172-3610>,
BS ASEMBEKOV, <https://orcid.org/0000-0001-6149-2748>,
RK KABYKENOVA, <https://orcid.org/0000-0003-2448-9827>,
RK ZHARYLKASYNOVA, <https://orcid.org/0000-0002-2375-4943>,
EA CHERNOKUROVA, <https://orcid.org/0000-0001-7014-9220>,
FS IBRAHIMOVA, <https://orcid.org/0000-0003-3882-8893>,
RH KARAEV, <https://orcid.org/0000-0003-1769-9623>

Research Institute of Cardiology and Internal Diseases, Almaty, Republic of Kazakhstan

Study of international experience in the implementation of the Disease Management Program, the basic principles necessary for the success of the DMP in the country on a national scale. The article contains the relevance of the implementation of disease management programs (DMP) in the current conditions of development of domestic health care, describes the components of the DMP, the basic principles necessary for their success on a national scale, as well as the types of chronic non-infectious diseases recommended for implementation within the DMP in the country.

Key words: disease management program, diabetes mellitus, arterial hypertension, chronic heart failure, prophylactic medical examination, primary health care.

For reference: Amirov BB, Kuanyshbekova RT, Abdikaliev NA, Madaliyev KN, Koshumbayeva KM, Isabekova AKh, Asembekov BS, Kabykenova RK, Zharylkasynova RK, Chernokurova EA, Ibragimova FS, Karaev RH. Principles of implementation of disease management programs within the framework of dispensary service at PHC level (literature review). *Meditsina (Almaty) = Medicine (Almaty)*. 2019;5(203):60-66 (In Russ.). DOI: 10.31082/1728-452X-2019-203-5-60-66

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в 2015 г. хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ) стали причиной 40 миллионов смертей в мире, а по результатам исследования Global Burden of Disease в 2016 г. смертность от ХНИЗ составила более 70% от всех смертей, зарегистрированных в мире; при этом на сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) приходится 17,7 миллиона смертей, а к 2025 году эта цифра возрастет почти до 24 миллионов [1, 2]. По оценке ВОЗ, с 1980 по 2014 гг. число больных, страдающих сахарным диабетом (СД), возросло в мире в 4 раза, составив 422 миллиона человек [3]. В 2012 году от диабета умерло 1,5 миллиона человек, а 2,2 миллиона смертей были связаны с ССЗ и другими заболеваниями, вызванными повышенным уровнем глюкозы в крови, при этом 43% из 3,7 миллиона смертей отмечались у лиц моложе 70 лет.

Смертность от ССЗ и сахарного диабета занимает ведущее место в структуре общей смертности и в Республике Казахстан. Как и в большинстве стран мира, в Казахстане ССЗ и диабет являются одной из основных причин предотвратимой инвалидности и преждевременной смертности. Например, в стране более трети пациентов с инсультом умирают, а около 70% остаются инвалидами, в то время как по международным данным около 80% случаев инсульта можно предотвратить своевременными лечебно-профилактическими мероприятиями [4-8].

В Казахстане число больных СД с 2005 по 2016 гг. увеличилось более чем в 2 раза (со 110 тысяч до 300 тысяч) [7]. В структуре заболеваемости преобладает СД 2 типа, на который приходится 95% случаев.

Хронической сердечной недостаточностью (ХСН) страдают более 26 миллионов человек во всем мире, частота госпитализаций от ХСН колеблется от 1 до 4% всех случаев госпитализаций, а до 30% повторных поступлений в стационар в течение 30 дней связаны с усугублением ХСН [4, 5, 6].

С экономической точки зрения, по данным разных авторов, на ведение и лечение хронических состояний в глобальном масштабе приходится до 80% всех расходов здравоохранения [9, 10]. В Германии из общих ежегодных затрат страховой системы на ведение и лечение всех ХНИЗ около 16% и 10% приходились на БСК и сахарный диабет соответственно [10,11].

В связи с растущим бременем ХНИЗ в последние два десятилетия в мире начали разрабатываться и внедряться программы управления заболеваниями (ПУЗ), направленные на оптимизацию ведения и лечения основных ХНИЗ, в первую очередь, на первичном уровне здравоохранения.

Цель исследования - изучение международного опыта внедрения Программы управления заболеваниями, основных принципов, необходимых для успешности ПУЗ в республике в национальном масштабе.

Инициаторами и проводниками идеи внедрения ПУЗ за рубежом являлись страховые компании и крупные работодатели, увидевшие в них возможность для снижения бремени расходов на охрану здоровья и медицинское обслуживание населения, уже страдающего от какого-либо хронического заболевания. В частности, анализ экономической эффективности ПУЗ показал, что на единицу инвестиций в программу отдачи составляла около 3,8 единицы, в основном, за счет снижения количества госпитализаций. При этом вовлеченность пациентов в ПУЗ (в данном случае работников предприятий) не превышала 13 процентов, что указывает на очень большой потенциал повышения экономической эффективности при увеличении числа участников программ [10, 11].

Учитывая положительный международный опыт, динамику структуры заболеваемости и смертности населения Казахстана в связи с демографическими сдвигами, а также изменяющуюся в связи с текущим внедрением страховой медицины социально-экономической картины национального здравоохранения, Правительство и Министерство здравоохранения Республики Казахстан (МЗ РК) в последние годы активно поддерживают повсеместное внедрение ПУЗ в стране. Перед НИИ кардиологии и внутренних болезней (НИИКиВБ) поставлена задача обеспечить методологическое сопровождение, обучение участников, мониторинг и анализ эффективности этого процесса.

Сотрудники НИИКиВБ разработали методические рекомендации с электронной программой регистрации и мониторинга внедрения ПУЗ на национальном уровне [12]. Наряду с критическим и творческим анализом имеющегося положительного международного опыта в этом направлении, НИИКиВБ сделал акцент на адаптацию его к исторически сложившимся и отработанным организационно-структурным особенностям отечественного здравоохранения, таким как наличие системы активного диспансерного наблюдения (ДН), службы амбулаторного лекарственного обеспечения (АЛО), расширение кадрового потенциала и ресурсного обеспечения ПМСП в виде введения ставок социального работника, психолога, внедрения стимулирующих выплат на уровне первичной помощи и других, а также предпринял усилия для учета текущего внедрения системы обязательного социального медицинского страхования (ОСМС).

Актуальность внедрения ПУЗ обусловлена сформулированными в Посланиях Президента РК Н.А. Назарбаева и указанных в государственных программах развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» и «Денсаулық» задачах по усилению профилактической направленности национального здравоохранения, повышению солидарной ответственности за здоровье и необходимостью улучшения благосостояния народа через укрепление здоровья и формирование здоровых поколений [13, 14]. Еще одна стратегическая задача - обеспечение эффективности внедряемой системы ОСМС, что требует постоянного анализа, адаптации и внедрения позитивного зарубежного опыта для достижения социально-экономических целей и удовлетворенности населения качеством услуг здравоохранения.

Как известно, профилактика условно делится на первичную, вторичную и третичную, детальное описание определений и содержания которых приведено во многих литературных источниках [13-17].

Первичная профилактика ХНИЗ представляет собой систему мер предупреждения, возникновения и воздействия на факторы риска (ФР) развития заболеваний, вторичная и третичная профилактика основаны в организации вмешательств для снижения негативного эффекта уже проявившегося заболевания как путем коррекции факторов риска, так и посредством предупреждения прогрессирования ХНИЗ за счет лечебных мероприятий и мер реабилитации, с внедрением индивидуализированных программ восстановления здоровья и функций для предотвращения долгосрочных проблем.

Программа управления заболеваниями, внедряемая в стране, органично вписывается в существующую систему диспансерного наблюдения, систему амбулаторного лекарственного обеспечения, механизмы стимулирующих выплат.

Текущая программа всеобщей диспансеризации населения в нашей стране способствовала созданию отделений и кабинетов профилактики на уровне ПМСП, внедрению системы АЛО, различных школ здоровья по отдельным нозологиям и т.д. Несмотря на то, что ДН не была достаточно подкреплена с точки зрения ресурсного и организационного обеспечения, тем не менее инфраструктура, необходимая для внедрения ПУЗ, уже имеется, необходим творческий подход для ее адаптации к поставленным целям по внедрению программ управления заболеваниями.

Программа управления заболеваниями представляет собой концепцию, нацеленную на снижение расходов на здравоохранение и одновременное улучшение качества жизни лиц с хроническими состояниями путем предотвращения или минимизации эффектов заболевания посредством обеспечения интегрированного ухода. ПУЗ разработаны для улучшения состояния здоровья индивидов с хроническими состояниями и сокращения расходов, связанных с предотвратимыми осложнениями посредством более быстрого и более эффективного выявления и лечения хронических состояний при активном его участии (самоменеджмент), добиваясь, таким образом, замедления прогрессирования таких заболеваний. Пациенты с хроническими состояниями обычно чаще обращаются за услугами здравоохранения, причем зачастую эти услуги не координируются между медицинскими работниками, что приводит к излишнему использованию или недоиспользованию необходимых медицинских услуг, обследований, медикаментозного лечения и других вмешательств. Программа управления заболеваниями основана на так называемых «структурированных планах лечения», которые нацелены на то, чтобы пациенты сами участвовали в управлении своим хроническим заболеванием, поддерживали и улучшали качество своей жизни.

Главная цель ПУЗ заключается в ослаблении симптомов, связанных с хроническим заболеванием, и в недопущении их дальнейшего ухудшения. Другие задачи связаны с попытками предотвращения развития осложнений или развития сопутствующих заболеваний. Помимо этого, данный структурированный подход нацелен на усовер-

шенствование сотрудничества между различными специалистами и учреждениями, вовлеченными в уход за пациентами, такими как врачи общей практики (ВОП) и узкие специалисты, больницы и реабилитационные центры, что позволит обеспечить координацию лечебных мероприятий и, например, исключить повторные или излишние инструментальные обследования.

Концептуально программа управления заболеваниями является проактивным, мультидисциплинарным, системным подходом к медицинскому уходу, который основывается на:

- подключении к программе как можно большего числа лиц с определенным хроническим заболеванием на каждом обслуживаемом участке;
- установлении и поддержании постоянной связи (обратной связи) между медработниками и пациентами, основанной на разработанном совместно плане ухода и лечения;
- оптимизации ухода за пациентом посредством применения профилактических мер и проактивных вмешательств, основанных на доказательных протоколах лечения и ухода;
- подключении самоменеджмента со стороны пациента;
- постоянном отслеживании/мониторинге состояния здоровья;
- периодическом замере результатов интервенций и внесении, при необходимости, коррекции в план лечения и ухода;
- нацеленности на общее укрепление здоровья и улучшение качества жизни, а также снижение стоимости ухода.

Компоненты ПУЗ включают следующее:

- 1) выявление и подбор популяции пациентов, подходящих для ПУЗ, то есть для программ по обслуживанию лиц с определенными заболеваниями и хроническими состояниями, требующими больших расходов;
- 2) клинические протоколы, основанные на доказательной медицине, для отобранных для ПУЗ заболеваний и состояний;
- 3) командный подход к ведению ПУЗ - мультидисциплинарные команды, которые могут включать врачей, медсестер, соцработников, психологов, диетологов и фармацевтов;
- 4) выявление факторов риска и адаптация под них профилактических и лечебных вмешательств;
- 5) обучение пациентов самоменеджменту, который может включать поведенческие изменения, работу групп поддержки и первичную профилактику;
- 6) измерение и оценка промежуточных и долгосрочных результатов, которые могут включать оценку объема использования медицинских услуг, сравнительных расходов на ведение больных и удовлетворенности пациентов качеством оказываемых услуг;
- 7) система отслеживания и мониторинга:
 - обычная/электронная отчетность и регулярная обратная связь с пациентами и медицинскими работниками;
 - соответствующее применение информационных технологий;
- 8) система стимулирования участников программ.

К основным принципам, необходимым для успешности ПУЗ в национальном масштабе, относятся [18, 19, 20]:

А) Охват ПУЗ - чем больше охват пациентов, тем больше шансов для эффективности программы, т.к. удается объединить имеющиеся ресурсы и в расчете на одного пациента расходы сокращаются, появляется возможность экономить. Реализация этого условия особенно важна в рамках формирующейся страховой медицины как для признания эффективности ПУЗ всеми вовлеченными сторонами, так и для доказательства действенности ОСМС в улучшении качества медицинского обслуживания.

Как уже упоминалось выше, ПУЗ изначально разрабатывалась как средство для сдерживания и, по возможности, сокращения, растущих расходов на ведение ХНИЗ в условиях старения населения и роста дорогостоящих процедур и тестов. В нашей стране при меняющейся экономической структуре здравоохранения, расширяющемся вовлечении частного капитала в охрану здоровья населения (как на первичном, так и госпитальном уровнях), экономический фактор становится тем вызовом времени, к которому отечественное здравоохранение должно быть готово, чтобы обеспечить отвечающий международным стандартам уровень охраны здоровья населения. Следует отметить, что ПУЗ оставляет место и для государственно-частного партнерства (ГЧП) в качестве одной из граней формирующегося рынка медицинских услуг в стране.

Б) Простота и четкость программ - данное условие предусматривает стандартизацию подходов, т.е. использование уже имеющихся клинических протоколов по заболеваниям, рекомендуемым по ПУЗ в нашей стране [21-25], а также уяснение того обстоятельства, что ПУЗ не являются какой-то параллельной нагрузкой на ПМСП и другие медицинские учреждения, а скорее представляют собой качественно новый уровень ведения диспансерного наблюдения и ухода, повышение четкости поставленных задач и критериев оценки эффективности и стимулирования, гарантирующих позитивное восприятие и заинтересованность как персонала, так и клиентов/пациентов в выполнении программ. Ответственность за ведение больного должна быть сосредоточена в руках одного лица, который устанавливает план ухода с четкими целями, регулярно оценивает состояние пациента и отслеживает, насколько успешно пациент соблюдает план ухода, а также координирует с другими специалистами назначаемые тесты или лечение. На уровне ПМСП таким специалистом может являться координатор ПУЗ в лице заместителя главного врача или врачей общей практики, прошедших обучение и назначенных ответственными за каждый участок.

В) В центре программы должны быть интересы пациента - мультидисциплинарная команда разрабатывает план вмешательств и вовлечения пациента в качестве активного участника программы через обучение самоменеджменту, планирует действия по формированию ЗОЖ и коррективке факторов риска, направленных на всемерный учет интересов пациента, регулярно проверяет состояние больных, своевременно корректируя вмешательства и координируя уход разными специалистами [19, 20].

Обучение пациентов самоменеджменту должно помочь им достичь понимания природы заболевания и стратегий, позволяющих адаптироваться к нему, освоить методы мониторинга течения заболевания и предотвраще-

ния обострений, пробудить заинтересованность в участии в группах поддержки или организациях, предлагающих дальнейшее обучение, консультирование и поддержку, а также в своевременном информировании лечащего врача о своем состоянии и необходимости соблюдения рекомендованного лечения и образа жизни.

Образец соглашения, заключаемого с пациентом для обеспечения взаимной ответственности и заинтересованности сторон в выполнении требований программ управления заболеваниями, карты наблюдения подробно изложены в методических рекомендациях [12].

Ответственность за ведение и заполнение карты наблюдения несет врач общей практики или участковый терапевт, с привлечением членов мультидисциплинарной команды.

Г) Способность собирать и анализировать результаты выполнения программ – это условие предусматривает наличие простых и ясных методов оценки эффективности программы и определенных методов сбора данных. Важно определить способы оценки своих расходов и расчета экономической эффективности, поэтому необходимо заранее установить способы измерения коэффициентов использования услуг, клинических эффектов как краткосрочного, так и долгосрочного лечения, удовлетворенности пациентов. Рекомендуется использовать электронный регистр ПУЗ, разработанный НИИКиВБ, вход в который производится по ссылке www.puz.kzcardio.org. Для ввода данных каждой организации присваиваются логин и пароль. В этот регистр вводятся данные пациентов по 3 основным нозологиям: артериальная гипертензия, ХСН и сахарный диабет. Состояние здоровья пациентов отслеживается вводом данных каждые 3 месяца в течение 3-х лет.

Этот регистр обеспечивает обратную связь с разработчиком и дает возможность получения консультаций по анализу собираемой информации и рекомендаций по внесению необходимых корректировок в выполнение программ управления заболеваниями.

Д) Стимулы для всех участников программы предусматриваются как нефинансовые, так и финансовые стимулы для участников программы, чтобы обеспечить их заинтересованное участие и вовлечение дополнительных ресурсов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Lopez A.D., Mathers C.D., Ezzati M. et al. Global Burden of Diseases and Risk Factors, 1990-2001. - The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; New York: Oxford University Press; 2006.
- 2 WHO. Non-communicable disease fact sheet. January 2015. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>
- 3 NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in diabetes since 1980: a pooled analysis of 751 population-based studies with 4*4 million participants // *Lancet*. - 2016; published online April 7. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00618-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00618-8)
- 4 Savarese G., Lund L.H. Global public health burden of heart failure // *Cardiac Failure Review*. - 2017. - Vol. 3. - P. 7-11
- 5 GBD 2016 DALY and HALE collaborators. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 333 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Diseases Study 2016 // *Lancet*. - 2018. - Vol. 390. - P. 1260-1344

В Казахстане в настоящее время осуществляется повсеместное внедрение программ управления артериальной гипертензией, ХСН и сахарным диабетом 2 типа на уровне ПМСП. Необходимо подчеркнуть, что органы и учреждения здравоохранения на местах могут вводить свои ПУЗ, отвечающие конкретным местным ситуациям, связанным с распространенностью ХНИЗ [26, 27].

ВЫВОДЫ

1. Положительный международный опыт, динамика структуры заболеваемости и смертности населения Казахстана в связи с демографическими сдвигами, а также изменяющаяся в связи с текущим внедрением страховой медицины социально-экономическая картина национального здравоохранения определяют необходимость повсеместного внедрения Программы управления заболеваниями в стране.

2. Наличие системы активного диспансерного наблюдения, службы амбулаторного лекарственного обеспечения, кадровый потенциал и ресурсное обеспечение ПМСП в виде ставок социального работника, психолога, стимулирующих выплат на уровне первичной помощи обеспечивают необходимые условия для успешного внедрения Программы управления заболеваниями в республике.

Прозрачность исследования

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Статья опубликована в рамках научно-технической программы «Разработка научных основ формирования профилактической среды в целях сохранения общественного здоровья».

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получили гонорар за статью.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

REFERENCES

- 1 Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, et al. Global Burden of Diseases and Risk Factors, 1990-2001. - The International Bank for Reconstruction and Development. The World Bank; New York: Oxford University Press; 2006.
- 2 WHO. Non-communicable disease fact sheet. January 2015. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>
- 3 NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in diabetes since 1980: a pooled analysis of 751 population-based studies with 4*4 million participants. *Lancet*. 2016; published online April 7. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00618-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00618-8)
- 4 Savarese G, Lund LH. Global public health burden of heart failure. *Cardiac Failure Review*. 2017;3:7-11
- 5 GBD 2016 DALY and HALE collaborators. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 333 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Diseases Study 2016. *Lancet*. 2018;390:1260-1344
- 6 WHO, World Heart Federation and World Stroke Organization.

6 WHO, World Heart Federation and World Stroke Organization. Global atlas on cardiovascular disease prevention and control: Policies, strategies and interventions. [http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/atlas_cvd/em/\(2011\)](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/atlas_cvd/em/(2011)).

7 Данырова Л.Б., Ташманова А.Б., Шыман Ж.Ж. и др. Оценка эпидемиологических показателей и распространенности факторов риска сахарного диабета 2 типа среди жителей г. Актобе и Актобской области Республики Казахстан // Медицина (Алматы). – 2017. - №5 (179). - С. 30-36

8 Каменова С.У., Кальменова И.М., Федянина Ю.А., Смаилова Д.А., Ибрагимов М.М. Механизмы развития ишемического инсульта у лиц молодого возраста г. Алматы // Вестник КазНМУ. – 2014. – №2(1). – С. 114-116

9 Bertram M.Y., Sweeney K., Lauer J.A., Sheehan P., Rasmussen B., Upreti S.R., Dixit L.P., G.Kenneth, Deane S. Investing in non-communicable diseases: an estimation of the return on investment for prevention and treatment services // *Lancet*, published online 4 April 2018, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30665-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30665-2). 8 p.

10 Seuring T, Archangelidi O, Suhrcke M. The economic costs of type 2 diabetes: A global systematic review // *PharmacoEconomics*. – 2015. – Vol. 33(8). – P. 811–81

11 IDF Diabetes Atlas, 6th ed. Brussels, International Diabetes Federation; 2013.

12 Принципы внедрения программ управления заболеваниями в качестве составной части вторичной и третичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний в рамках диспансерного обслуживания на уровне ПМСП. Методические рекомендации. Алматы, 2018. https://www.ncvb.kz/images/Corporate_admission/

13 Disease management programs offer shorter time-to-ROI. May 6, 2016. <http://www.wexhealthinc.com/healthcare-trends-institute/disease-management-programs-offer-shorter-time-to-roi/>

14 Государственная программа развития здравоохранения «Денсаулық» на 2016-2020 годы. <https://www.enbek.gov.kz/ru/node/332663>

15 Wallace RB. Primary prevention. In: Breslow L, Cengage G, editors. *Encyclopedia of Public Health* [online]. 2006. [cited 2010 Mar 30]. Available from URL: <http://www.enotes.com/public-health-encyclopedia/primary-prevention>

16 Wallace RB. Secondary prevention. In: Breslow L, Cengage G, editors. *Encyclopedia of Public Health* [online]. 2006. [cited 2010 Mar 30]. Available from URL: <http://www.enotes.com/public-health-encyclopedia/secondary-prevention>.

17 Wallace RB. Tertiary prevention. In: Breslow L Cengage G, editors. *Encyclopedia of Public Health* [online]. 2006. [cited 2010 Mar 30]. Available from URL: <http://www.enotes.com/public-health-encyclopedia/tertiary-prevention>.

18 Профилактика в общей врачебной практике / Под ред. О.Ю. Кузнецовой, И.С. Глазунова. - СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2004. - 288 с.

19 Бойцов С.А., Чучалин А.Г. Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития. Методические рекомендации. - Москва, 2014. – 112 с.

20 Brandt S., Hartmann J., Hehner S. How to design a successful disease-management program. <http://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/how-to-design-a-successful-disease-management-program/> October 2010

21 Беркинбаев С.Ф., Джунусбекова Г.А., Абдикалиев Н.А. Модель мультидисциплинарного профилактического подхода к основным НИЗ на уровне ПМСП, ориентированного на семью и курируемого медицинской сестрой. Методические рекомендации. – Алматы, 2017. – 100 с.

22 Беркинбаев С.Ф., Джунусбекова Г.А., Абдикалиев Н.А. Модель профилактической программы на основе шкал оценки риска развития основных НИЗ. Методические рекомендации. – Алматы, 2017. – 55 с.

23 Клинический протокол диагностики и лечения. Артери-

Global atlas on cardiovascular disease prevention and control: Policies, strategies and interventions. [http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/atlas_cvd/em/\(2011\)](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/atlas_cvd/em/(2011)).

7 Danyarova LB, Tashmanova AB, Shyman ZhZh, Karabekova YV, Khudaiberdiyeva ZA, Khamzina AN, Lukmanova AS, Tileuova ZO, Kyrykbayeva AA. Cross-sectional study epidemiological indicators and common risk factor for type 2 diabetes among citizens of Aktobe and Aktobe region Republic of Kazakhstan. *Meditsina (Almaty) = Medicine (Almaty)*. 2017;5(179):114-116 (In Russ.).

8 Kamenova SU, Kalmeneva IM, Fedyanin YuA, Smailova DA, Ibragimov MM. Mechanisms of development of ischemic stroke in young people in Almaty. *Vestnik KazNMU = Vestnik KazNMU*. 2014;(1):114-116 (In Russ.).

9 Bertram MY, Sweeney K, Lauer JA, Sheehan P, Rasmussen B, Upreti SR, Dixit LP, Kenneth G, Deane S. Investing in non-communicable diseases: an estimation of the return on investment for prevention and treatment services. *Lancet*, published online 4 April 2018, 8 p. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30665-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30665-2).

10 Seuring T, Archangelidi O, Suhrcke M. The economic costs of type 2 diabetes: A global systematic review. *PharmacoEconomics*. 2015; 33(8):811–31

11 IDF Diabetes Atlas, 6th ed. Brussels, International Diabetes Federation; 2013.

12 *Principy vnedreniya programm upravleniya zabolevaniyami v kachestve sostavnoj chasti vtorichnoj i tretichnoj profilaktiki hronicheskikh neinfekcionnyh zabolevanij v ramkah dispansernogo obsluzhivaniya na urovne PMSP. Metodicheskie rekomendacii* [Principles for the implementation of disease management programs as an integral part of secondary and tertiary prevention of chronic non-infectious diseases in the framework of dispensary services at the primary health care level. Methodical recommendations]. Almaty, 2018. Available from: https://www.ncvb.kz/images/Corporate_admission/

13 Disease management programs offer shorter time-to-ROI. May 6, 2016. <http://www.wexhealthinc.com/healthcare-trends-institute/disease-management-programs-offer-shorter-time-to-roi/>

14 *Gosudarstvennaja programma razvitija zdavoohranenija «Densaulyk» na 2016-2020 gody*. [The state program of health development "Densaulyk" for 2016-2020]. <https://www.enbek.gov.kz/ru/node/332663>

15 Wallace RB. Primary prevention. In: Breslow L, Cengage G, editors. *Encyclopedia of Public Health* [online]. 2006. [cited 2010 Mar 30]. Available from URL: <http://www.enotes.com/public-health-encyclopedia/primary-prevention>

16 Wallace RB. Secondary prevention. In: Breslow L, Cengage G, editors. *Encyclopedia of Public Health* [online]. 2006. [cited 2010 Mar 30]. Available from URL: <http://www.enotes.com/public-health-encyclopedia/secondary-prevention>.

17 Wallace RB. Tertiary prevention. In: Breslow L Cengage G, editors. *Encyclopedia of Public Health* [online]. 2006. [cited 2010 Mar 30]. Available from URL: <http://www.enotes.com/public-health-encyclopedia/tertiary-prevention>.

18 Kuznetsova OYu, Glazunov IS. *Profilaktika v obshhej vrachebnoj praktike* [Prevention in general medical practice]. SPb.: SPbMAPO Publishing House; 2004. 288 p.

19 Boitsov SA, Chuchalina AG. *Dispansernoe nabljudenie bol'nyh hronicheskimi neinfekcionnymi zabolevanijami i pacientov s vysokim riskom ih razvitija. Metodicheskie rekomendacii* [Regular medical check-up of patients with chronic non-infectious diseases and patients at high risk of their development. Methodical recommendations]. Moscow: 2014. 112 p.

20 Brandt S, Hartmann J, Hehner S. How to design a successful disease-management program. <http://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/how-to-design-a-successful-disease-management-program/> October 2010

21 Berkinbaev SF, Dzhunusbekova GA, Abdikaliev NA. *Model' mul'tidisciplinarnogo profilakticheskogo podhoda k osnovnym NIZ na urovne PMSP, orientirovannogo na sem'ju i kuriruemogo*

альная гипертензия. Рекомендовано Экспертным советом РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан № 19 от «10» декабря 2015 года. http://www.rcrz.kz/docs/clinic_protocol/2015/

24 Клинический протокол диагностики и лечения. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН). Рекомендовано Экспертным советом РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан № 19 от «10» декабря 2015 года.

25 Клинический протокол диагностики и лечения. Сахарный диабет 2 типа. Утверждено на Экспертной комиссии по вопросам развития здравоохранения Министерства здравоохранения Республики Казахстан протокол № 10 от «04» июля 2014 года. http://www.rcrz.kz/docs/clinic_protocol/2014/Терапия/Эндокринология/

26 Актаева Л.М., Гаркалов К.А., Кулкаева Г.Т. Внедрение программ управления заболеваниями в практическое здравоохранение. Утверждено МЗ РК 04 октября 2013 года. Методические рекомендации. <https://www.bmcudp.kz/.../Внедрение%20ПУЗ%20ПУЗ3.docx>

27 «Паспорт программы управления хроническими неинфекционными заболеваниями (ПУЗ)» - Руководство по внедрению ПУЗ в организациях ПМСП, под редакцией авторского коллектива РГП «Республиканский центр развития здравоохранения», 2016 г. <https://www.bmcudp.kz/upload/docs/puz/Паспорт%20ПУЗ3.docx>

medicinskoj sestroj. Metodicheskie rekomendacii rekomendacii [Model of a multidisciplinary preventive approach to the main NIDs at the primary health care level of family-oriented primary health care and supervised by a nurse. Methodical recommendations]. Almaty: 2017. 100 p.

22 Berkinbaev SF, Dzhunusbekova GA, Abdikaliev NA. *Model' profilakticheskoy programmy na osnove shkal ocenki riska razvitiya osnovnyh NIZ. Metodicheskie rekomendacii* [Model of prevention program based on risk assessment scales for the development of major NIDs. Methodical recommendations]. Almaty: 2017. 55 p.

23 *Klinicheskij protokol diagnostiki i lechenija. Arterial'naja gipertenzija. Rekomendovano Jekspertnym sovetom RGP na PHV Respublikanskij centr razvitiya zdavoohranenija» Ministerstva zdavoohranenija i social'nogo razvitiya Respubliki Kazahstan № 19 ot «10» dekabrya 2015 goda* [Clinical diagnosis and treatment protocol. Arterial hypertension. Recommended by the Expert Council of the Republican State Enterprise on the Right of Economic Use Republican Center for Health Development of the Ministry of Health and Social Development of the Republic of Kazakhstan No. 19 as of December 10, 2015]. Available from: http://www.rcrz.kz/docs/clinic_protocol/2015/

24 *Klinicheskij protokol diagnostiki i lechenija. Hronicheskaja serdechnaja nedostatochnost' (HSN). Rekomendovano Jekspertnym sovetom RGP na PHV Respublikanskij centr razvitiya zdavoohranenija» Ministerstva zdavoohranenija i social'nogo razvitiya Respubliki Kazahstan № 19 ot «10» dekabrya 2015 goda* [Clinical diagnosis and treatment protocol. Chronic heart failure (CHF). Recommended by the Expert Council of the Republican State Enterprise on the Right of Economic Use Republican Center for Health Development of the Ministry of Health and Social Development of the Republic of Kazakhstan No. 19 as of December 10, 2015].

25 *Klinicheskij protokol diagnostiki i lechenija. Saharnyj diabet 2 tipa. Utverzheno na Jekspertnoj komissii po voprosam razvitiya zdavoohranenija Ministerstva zdavoohranenija Respubliki Kazahstan protokol № 10 ot «04» ijulya 2014 goda* [Clinical diagnosis and treatment protocol. Type 2 diabetes. Protocol No. 10 as of July 04, 2014 was approved at the Expert Commission on Health Development of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan]. Available from: http://www.rcrz.kz/docs/clinic_protocol/2014/Терапия/Эндокринология/

26 Aktaeva LM, Garkalov KA, Kulkaeva GT. *Metodicheskie rekomendacii «Vnedrenie programm upravlenija zabolevanijami v prakticheskoe zdavoohranenie», utverzhennyh MZ RK 04 oktjabrya 2013 goda* [Methodical recommendations "The introduction of disease management programs in practical health care", approved by the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan on October 4, 2013]. Available from: <https://www.bmcudp.kz/.../Внедрение%20ПУЗ3.docx>

27 *«Pasport programmy upravlenija hronicheskimi neinfekcionnymi zabolevanijami (PUZ)» - Rukovodstvo po vnedreniju PUZ v organizacijah PMSP, pod redakciej avtorskogo kollektiva RGP «Respublikanskij centr razvitiya zdavoohranenija»* ["Passport of the chronic non-infectious diseases management program (DMP)" - Guidelines for DMP implementation in primary health care organizations, edited by the team of RSE "Republican Center for Health Development"], 2016. Available from: <https://www.bmcudp.kz/upload/docs/puz/Паспорт%20ПУЗ3.docx>