



Нина Успенская. В зеленом.
40x30. Бумага, фломастер, 2011 г.

Изменение образа жизни пациентов

Елена Кузнецова, Степан Солженицын, Анджела Спатароу

Для сокращения расходов на лечение хронических заболеваний руководителям систем здравоохранения необходимо найти эффективные способы побудить население к более здоровому образу жизни. Возможно, новый подход к изменению поведения пациентов позволит добиться желаемого успеха.

Приоритеты в системе здравоохранения все сильнее смещаются в сторону воздействия на образ жизни населения. Старая модель, основанная на лечении заболеваний по мере их проявления, замещается новой, в рамках которой на первый план выходят качество жизни человека, профилактика и постоянный контроль за состоянием хронических больных.

Такое изменение подхода играет очень важную роль, в особенности в связи со старением населения и ростом распространенности хронических заболеваний, связанных с неправильным образом жизни. В системах здравоохранения внедряются инновации, призванные

помочь в решении этой непростой проблемы за счет более пристального внимания к первичной медицинской помощи, а также применения комплексных моделей медицинского обслуживания и схем мотивации по качеству предоставленных услуг.

Однако необходимо приложить значительные усилия, чтобы переориентировать систему здравоохранения на профилактические меры и долгосрочные программы лечения хронических заболеваний. Например, мы проанализировали систему здравоохранения США (годовой бюджет которой приближается к 3 трлн долл.), и результаты анализа показали, что 31% расходов приходится на лечение хронических заболеваний, вызванных неправильным образом жизни. В целом 69% совокупных затрат на медицинское обслуживание связаны с образом жизни пациентов: одно только несоблюдение предписаний врачей ежегодно обходится США в сумму, превышающую 3% от расходов системы здравоохранения, — а ведь этих затрат вполне можно было бы избежать¹. В странах с низким и средним уровнем доходов населения издержки, обусловленные неправильным образом жизни потребителей, также весьма велики: по расчетам сотрудников Гарвардского университета и Всемирного экономического форума, в развивающихся странах лечение хронических неинфекционных заболеваний ежегодно приносит убытки в размере 4—5% ВВП². Необходимо найти способы, которые заставят людей изменить свой образ жизни. Это касается как выработки более здоровых привычек, так и оказания надлежащей профилактической и первичной медицинской помощи. Если этого не произойдет, то государство не справится с поставленной задачей — взять под контроль расходы на медицинскую помощь без ущерба для качества и доступности лечения.

Разработка и реализация программ, позволяющих добиться устойчивых изменений в образе жизни человека, — непростая задача. Лишь немногие из проектов, реализованных в последнее время, дали устойчивые долгосрочные результаты. Но подобные вмешательства опирались в основном на старую модель здравоохранения, основа которой — лечение клинических состояний после острых приступов. Слишком часто меры планировались недостаточно тщательно, а их результаты оценивались не так внимательно, как следовало бы. Вследствие неудач многие руководители в сфере здравоохранения стали сомневаться в целесообразности каких-либо программ, направленных на изменение образа жизни населения, и в возможности с их помощью обеспечить устойчивый эффект.

¹ Osterberg L., Blaschke T. Adherence to medication // *The New England Journal of Medicine*, 2005. Issue 353. P. 487—497.

² Bloom DE et al. The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases // World Economic Forum and Harvard School of Public Health, 2011.

Мы считаем, что такие программы могут быть успешными. В этой статье описывается новый подход, основное место в котором уделяется обеспечению устойчивых изменений в привычках людей, опираясь скорее на характеристики их образа жизни, чем на особенности заболеваний. Сторонники этого подхода считают, что люди не полностью рациональны в своем поведении, — они признают, что решения людей зависят от систематических предубеждений, привычек и социальных норм. Вместо того чтобы направлять все внимание на отношения между врачом и пациентом, авторы нового подхода стремятся создать благоприятную среду для изменения поведения отдельных людей и их близких.



Данная концепция основана на результатах анализа международных тенденций, интервью с ведущими экспертами, а также богатом опыте работы с клиентами из различных систем здравоохранения. Подход авторов основан на новых технологических достижениях и последних открытиях в сфере поведенческих наук, проливающих свет на то, как на самом деле люди принимают решения. С помощью этой информации была разработана комплексная методика, которая поможет организациям в сфере здравоохранения осмыслить новую концепцию, а также разработать и реализовать на ее основе высокоэффективные меры, ориентированные именно на изменение поведения пациентов.

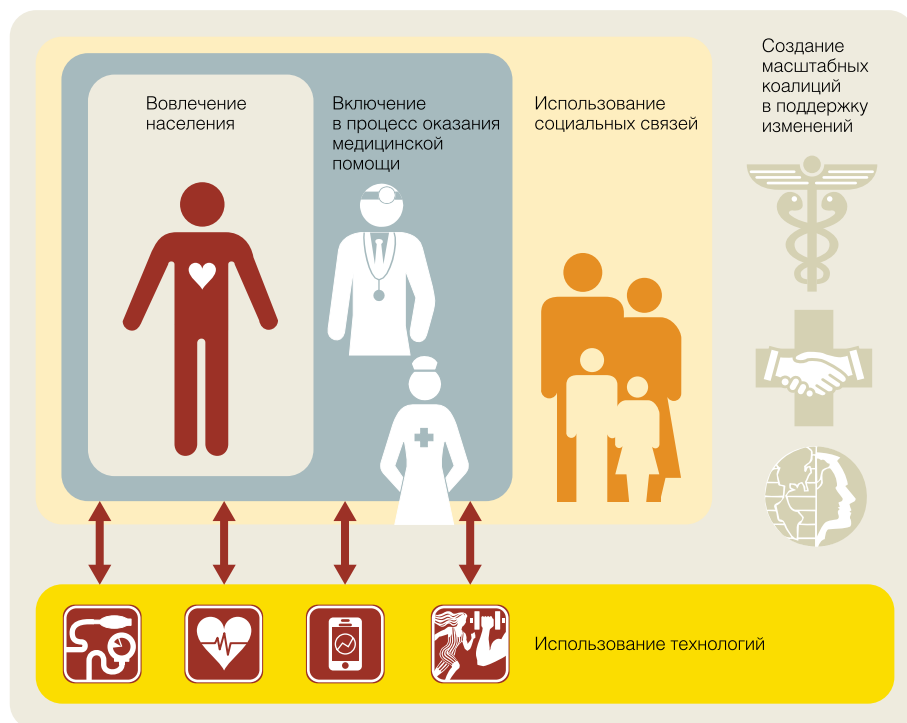
Составные части концепции

Новая концепция состоит из пяти основных частей (см. схему 1 на с. 74):

- более эффективное вовлечение населения на основе последних наработок в области поведенческой психологии и поведенческой экономики;
- включение мер по изменению образа жизни людей в новые модели оказания медицинской помощи в качестве ключевого компонента;
- привлечение авторитетных лиц и сообществ для поддержки изменений;
- применение дистанционных технологий для поддержки пациентов, для связи между населением и практикующими врачами;
- вовлечение в процесс всех заинтересованных сторон (в том числе создание государственно-частных партнерств) с целью поддержать высокоэффективные меры социального характера и усилия в области первичной профилактики.

СХЕМА 1

Новый подход к изменению поведения пациентов



Источник: анализ McKinsey.

Вовлечение населения

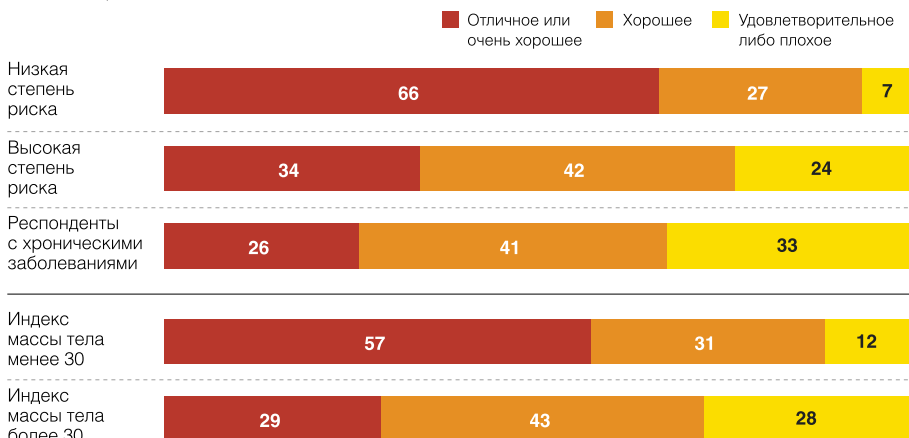
Результаты исследований в области бихевиористики широко применяются в финансовой отрасли, розничной торговле, а также в других сферах, чтобы оказывать влияние на выбор в отношении покупок, сбережений и других аспектов поведения.

Как ни странно, в здравоохранении характеристики большинства продуктов, услуг и программ совершенно не учитывают процесс принятия решений пациентами. Так, авторы традиционных способов лечения, опирающихся лишь на клинические данные, исходят из допущения, что люди хорошо понимают свои проблемы со здоровьем и совершают рациональные поступки для решения этих проблем. Однако в реальности все зачастую обстоит совершенно иначе. Результаты недавно проведенного нами исследования показали, что 76% респондентов с заболеваниями, которые характеризуются высоким уровнем риска, считают свое состояние здоровья отличным, очень хорошим либо хорошим (см. схему 2). Программы, не учитывающие расхождения между фактическим состоянием здоровья пациентов и их собственной оценкой (а следовательно, их готовность менять свой образ жизни), не вполне отвечают современным требованиям. Зачастую такие программы

СХЕМА 2

Большинство людей оценивают свое состояние здоровья слишком оптимистично

Оценка собственного состояния здоровья респондентами из разных групп по степени риска, %¹



¹ С учетом производных показателей, определяющих состояние здоровья. Источник: опрос пациентов медицинских учреждений, проведенный McKinsey.

привлекают только тех людей, которые уже настроены изменить свой образ жизни, но не охватывают тех, кому еще нужно помочь перейти к осознанным действиям по улучшению своего здоровья.

Что представляют собой эффективные программы? Среди мер, направленных на изменение образа жизни, выделяются три наиболее важные.

Для получения более подробной информации об отдельных группах населения следует использовать сегментацию на основе поведенческих параметров. Применяемые в настоящее время подходы к сегментации пациентов и прогнозируемому моделированию чаще всего учитывают клиническое состояние. Однако вероятность успеха мер, направленных на изменение привычек, будет гораздо выше, если авторы учтут дополнительные факторы, например особенности поведения пациентов и стимулы, подталкивающие их к другому образу жизни. Опираясь на подобную информацию, можно сузить сферу охвата планируемых мер до тех групп населения, для которых наиболее вероятно достижение желаемого результата. Кроме того, этот подход дает возможность разрабатывать программы, позволяющие более эффективно бороться с практическими препятствиями на пути внедрения изменений.

Так, в рамках большинства программ для пациентов, регулярно вызывающих скорую помощь и часто проходящих лечение в стационаре, выбор целевой аудитории осуществляется путем ретроспективного анализа случаев, повлекших за собой высокие расходы на оказание медицинской

помощи. Получив дополнительную информацию об особенностях поведения пациентов, можно разработать более точный подход. В ходе недавнего проекта для крупной медицинской страховой компании мы использовали данные о демографических характеристиках, составе семьи и потребительском поведении (включая тип покупок, наличие собственного автомобиля и прочую информацию), чтобы рассчитать индекс социальной изоляции (это переменная, позволяющая оценить интенсивность социальных связей отдельных людей) для целевой группы населения. В сочетании с информацией о страховых выплатах этот индекс позволил нам точнее спрогнозировать, для кого из пациентов с хроническими заболеваниями внутри групп с сопоставимыми показателями риска наиболее высока вероятность госпитализации или потребности в срочной медицинской помощи, требующей значительных затрат.

Например, мы обнаружили, что при сопоставимом уровне клинического риска расходы больниц на лечение социально изолированных пациентов на 24% выше, чем на лечение социально вовлеченных пациентов. Кроме того, социально изолированные пациенты реже следуют предписаниям врача. Такая информация может быть полезной для выделения основных подгрупп пациентов до возникновения ситуации, которая влечет за собой большие издержки на лечение. Для этого люди делятся на категории в соответствии с расчетной вероятностью наступления определенных событий. После этого можно планировать меры для конкретных подгрупп с учетом критериев отбора (например, посещение на дому или контроль за соблюдением назначений врача социально изолированными пациентами).

Для поддержки населения в изменении образа жизни необходимо использовать схемы, учитывающие потребности конкретных пациентов.

В большинстве случаев программы помощи больным до сих пор опираются на клиническую информацию. Например, авторы таких программ могут точно выбрать пациента с сахарным диабетом или иным хроническим заболеванием, но при этом упустить из виду, что тот же самый пациент страдает ожирением и болезнью сердца, не доверяет своему врачу и социально изолирован.

Клиническая картина очень важна, но наш опыт показывает, что эффективность программ выше, когда они направлены на устранение первопричин заболеваний и препятствий на пути к изменению образа жизни, а также обеспечивают взаимодействие в нужный момент и с нужной регулярностью. По сути, авторы таких программ используют клинические данные в качестве основы для разработки схем, учитывающих потребности конкретных пациентов, что обеспечивает постоянную поддержку людей начиная с того момента, когда они решают изменить свой образ жизни, и до тех пор, пока новая модель поведения не станет привычной.



Вот простой пример, подчеркивающий важность индивидуального подхода к мерам по изменению образа жизни для разных групп пациентов согласно их потребностям. В Англии мы сотрудничали с региональными страховыми компаниями. Задача заключалась в том, чтобы повысить качество обслуживания пациентов, страдающих сахарным диабетом, путем подбора подходящих программ поддержки в соответствии с потребностями каждого сегмента. Врачей общей практики научили определять, к какому сегменту относится пациент, с помощью ряда простых вопросов. После сегментации врачи должны были предлагать больным программы, направленные на изменение образа жизни, которые в наибольшей степени соответствовали их личным потребностям. Благодаря таким несложным мерам распределения пациентов по группам доля людей, участвующих в программе, за полгода выросла в девять раз (с 7 до 63%). Что еще важнее, процент участников, проходящих программу до конца, тоже увеличился. В дополнение к индивидуальному подходу оказалось, что даже самые простые меры автоматизации (например, возможность отправлять заявку на продление рецепта по электронной почте) могут способствовать устранению препятствий, которые мешают пациентам выполнять предписания врача.

Активное общение в процессе перехода к новому образу жизни также играет важную роль, поскольку регулярная обратная связь побуждает людей к изменению модели поведения. Результаты исследования на тему борьбы с лишним весом, которое мы проводили совместно с ведущими специалистами в области поведенческой экономики, показывают, что регулярное предоставление обратной связи в автоматическом режиме способствует более активной потере веса. Рассылка SMS все чаще используется для поддержки пациентов, больных сахарным диабетом и прочими хроническими заболеваниями. Кроме того, SMS применяются для отправки обучающих материалов, напоминаний о приеме лекарств и рекомендаций по лечению заболеваний. Результаты, которых удалось добиться на начальном этапе, впечатляют.

Для поощрения изменений в образе жизни следует использовать поведенческие стимулы. Мотивация играет важную роль в изменении моделей поведения пациентов. Например, ряд компаний в Великобритании платит своим работникам за отказ от курения, некоторые компании в Финляндии начали платить (либо выдавать вознаграждение в виде подарочных сертификатов) своим сотрудникам, занимающимся спортом и придерживающимся здорового образа жизни, государственным служащим одной из провинций Турции разрешили приходить на работу на час позже, если они до работы будут ходить в спортзал.

Тщательно продуманные программы мотивации доказали свою результативность. Так, ответственные за реализацию программы Vitality (что означает «жизненная сила») в компании Discovery оповещают участников о состоянии их здоровья, призывают ставить цели по улучшению образа жизни, а затем поощряют за достижение этих целей. Участники программы получают баллы за различные действия, начиная с прохождения обследования для выявления симптомов сахарного диабета и заканчивая покупкой полезных продуктов в супермаркетах. В обмен они получают разнообразные поощрения — как кратковременные, так и действующие в течение длительного срока, включая билеты в кино и скидки на авиабилеты. По оценкам руководства Discovery, программа способствовала снижению совокупных издержек на медицинское обслуживание участников приблизительно на 15% (значение скорректировано с учетом риска)³.

Структура системы мотивации также играет важную роль. Стимулы, которые учитывают различные предубеждения и особенности характера (например, неприятие потерь, излишний оптимизм), более эффективны, чем прямое материальное поощрение. Не так давно мы проверили влияние поведенческих стимулов с помощью так называемой лотереи сожаления⁴. Цель эксперимента заключалась в том, чтобы заставить сотрудников компании провести оценку риска их здоровья. Половина сотрудников получила за это прямое денежное вознаграждение. Вторую половину разделили на небольшие группы, которые затем приняли участие в лотерее. Каждую неделю одна из этих групп выигрывала лотерею, однако призы распределялись только между теми участниками, которые уже провели оценку риска. Информация о победителях активно распространялась внутри компании, чтобы использовать эффект ожидаемого сожаления (основанный на нежелании людей упустить свой шанс выиграть большой приз на той неделе, когда победит их команда). Результат оказался следующим: среди сотрудников, участвовавших в лотерее, доля выполнивших оценку риска составила 69%, в то время как среди работников, получивших денежное вознаграждение, аналогичный показатель достиг всего 43%.

Включение мер, направленных на изменение образа жизни, в новые модели оказания медицинской помощи

Во многих странах уделяется все больше внимания первичной медицинской помощи, особенно в рамках комплексных моделей здравоохранения, направленных на улучшение показателей здоровья населения. Чтобы обеспечить успех новых моделей, необходимо выйти

³ Morris G. Презентация программы Vitality, проведенной в компании Discovery. Саммит, организованный Oxford Health Alliance, 2010.

⁴ Haisley E. et al. The impact of alternative incentive schemes on completion of health risk assessments // *American Journal of Health Promotion*, 2012. Issue 26. P. 184—188.

за пределы кабинета лечащего врача, чтобы поддерживать изменения в образе жизни людей не только в рамках традиционных отношений между врачом и пациентом. Для этого необходимы новые средства: рассылка оповещений среди врачей и больных, более активный обмен информацией, более эффективная поддержка при оказании помощи пациентам, а также дистанционный мониторинг. Если заглянуть глубже, в процессе работы с больными врачи должны придерживаться подхода, ориентированного на потребности конкретных пациентов и позволяющего получить комплексное представление о человеке и причинах, мешающих ему изменить образ жизни.

Хороший пример такой модели — подход, применяемый в компании CareMore. Эта организация специализируется на предоставлении медицинских услуг пожилым людям. Одна из ее основных целей — поощрять изменения в образе жизни, способствующие эффективному лечению хронических заболеваний. Специалисты CareMore объединяют технологические инновации, включая электронные медицинские карты и дистанционный мониторинг, с широким предложением нестандартных услуг: услугами сиделок, профилактической подиатрией, бесплатным трансфером до офисов компании, звонками на дом терапевта или медсестры, посещением специальных спортивно-оздоровительных центров, а также специальными услугами по выезду на дом к пациенту для решения вопросов, не связанных с лечением.



По данным представителей CareMore, расходы на лечение пациентов компании (с поправкой на фактор риска) на 15% ниже, чем средний показатель в регионе по сопоставимым пациентам, а результаты лечения также превышают средние значения. Например, доля ампутаций среди больных сахарным диабетом с трофическими язвами на 78% ниже среднего показателя по стране, а частота госпитализации пациентов с терминальной стадией хронической почечной недостаточности ниже среднего уровня на 42%⁵.

Привлечение авторитетных лиц и сообществ для поддержки изменений

Решения, касающиеся здоровья, принимаются не на пустом месте. Результаты наших исследований показали, что люди, которые однажды испытали на собственном опыте, что такое проблемы со здоровьем, в 86% случаев следуют рекомендациям друзей и родных относительно лечения. Это уже с успехом используется в программах продвижения здорового образа жизни. Так, ряд успешных программ по борьбе с курением среди взрослого населения в Великобритании

⁵ Reuben DB. Physicians in supporting roles in chronic disease care: the CareMore model // *Journal of the American Geriatrics Society*, 2011. Issue 59. P. 158—60.

и других странах ЕС были нацелены на несовершеннолетних. Дело в том, что обеспокоенность детей влияет на поведение курящих родителей с большей вероятностью, чем перспективы ухудшения здоровья.

Страховые компании и медицинские учреждения также стали придавать большее значение влиянию авторитетных лиц, побуждающих пациентов изменять образ жизни. При разработке программ они используют тот факт, что пациенты готовы прислушаться к другим людям, оказавшимся в похожей ситуации. Так, в Филадельфии сотрудники медицинского центра под началом Министерства по делам ветеранов США разработали программу с привлечением

других пациентов, которая должна была способствовать повышению эффективности самостоятельного контроля за состоянием здоровья среди афроамериканцев, страдающих сахарным диабетом. Дело в том, что для этой группы характерны повышенная распространенность сахарного диабета и повышенный риск осложнений. Во-первых, в рамках программы были выбраны наставники — другие больные сахарным диабетом, которым уже удается контролировать уровень глюкозы. Эти наставники прошли обучение. После

этого участников программы распределили среди наставников в группы по принципу сходства демографических характеристик — пола, возраста и т. д. Участники программы еженедельно общались с наставниками. Спустя полгода больным, участвовавшим в программе, удалось снизить средний уровень глюкозы на 1,1% (с 9,8 до 8,7%). Таких результатов оказалось достаточно, чтобы подавить риск осложнений, вызванных сахарным диабетом⁶. И наоборот, среди контрольной группы пациентов, у которых не было наставников, снижения уровня глюкозы за период проведения эксперимента не произошло. Почти две трети участников программы сказали, что наличие наставника, который тоже болен диабетом, стало для них важным фактором, побуждающим их тщательнее контролировать уровень глюкозы в крови.

Как показывают результаты программы, создание сообществ с участием пациентов, имеющих схожие проблемы, — относительно простая задача. Такие сообщества обеспечивают дополнительную поддержку, которая помогает добиться устойчивых изменений в образе жизни, — при условии, что для участников программы подбираются подходящие наставники с похожей ситуацией из сопоставимой демографической группы.



⁶ Long JA et al. Peer mentoring and financial incentives to improve glucose control in African American veterans: a randomized trial // *Annals of Internal Medicine*, 2012. Issue 156. P. 416—424.

Применение дистанционных технологий для поддержки пациентов

Регулярное общение и обратная связь в режиме реального времени — важные факторы поддержки программы, направленной на изменение образа жизни. Традиционные модели оказания медицинских услуг строились на основе личного общения между врачом и пациентом. Однако новые технологии позволяют расширить эту модель и внести принципиальные изменения в подход как со стороны врачей, так и со стороны пациентов. Например, отслеживать показатели и контролировать состояние пациентов проще благодаря мобильным приложениям. Беспроводные устройства могут устанавливаться прямо в контейнеры с лекарствами, на весы или даже в так называемые «умные таблетки» и передавать сведения о приеме лекарств согласно предписаниям врача. С помощью веб-камер врачи могут удаленно консультировать пациентов. И наконец, технологии дистанционного и самостоятельного лечения могут способствовать созданию по-настоящему интерактивной экосистемы здравоохранения для пациентов.

Новые технологии становятся все популярнее, как в развивающихся странах, где доступ к медицинскому обслуживанию до сих пор затруднен, так и в более развитых странах. Например, в Великобритании масштабные клинические испытания приборов для оказания телемедицинских услуг пациентам, нуждающимся в социальной помощи и страдающим хроническими заболеваниями, уже дали положительные результаты. Участники программы получали специальное устройство или приставку к телевизору для отслеживания состояния здоровья в домашних условиях. С помощью этого оборудования пациенты могли задавать вопросы о своих симптомах, получать видео- или аудионапоминания о необходимости проведения измерений, просматривать обучающие ролики, а также графически отображать динамику последних клинических показателей. Согласно результатам испытаний, использование телемедицинских приборов способствовало снижению количества случаев вызова скорой помощи и госпитализации, а также уровня смертности в течение года⁷. Исследования с участием пациентов US Medicare и медицинского центра для ветеранов также показали, что использование телемедицинского оборудования позволяет снизить потребность в медицинском обслуживании. В рамках этих исследовательских проектов экономия благодаря использованию таких приборов достигала 13%⁸.

Вовлечение в процесс всех заинтересованных сторон

Все очевиднее становится тот факт, что если руководители систем здравоохранения хотят бороться с факторами, оказывающими отрица-

⁷ Steventon A. et al. Effect of telehealth on use of secondary care and mortality: findings from the Whole System Demonstrator cluster randomized trial // *British Medical Journal*, 2012. Issue 344. P. e3874.

⁸ Baker LC et al. Integrated telehealth and care management program for Medicare beneficiaries with chronic disease linked to savings // *Health Affairs*, 2011. Issue 30. P. 1689—1697.

тельное влияние на здоровье населения, то им придется объединить усилия с другими заинтересованными сторонами для создания условий, способствующих популяризации здорового образа жизни и достижению желаемых результатов. У нас есть опыт тесного сотрудничества с клиентами, которые стремились создать такие крупные объединения, и мы считаем, что именно такое взаимодействие — залог успеха в достижении ощутимых и устойчивых изменений в образе жизни населения.

Например, в одной из стран мы работали с крупнейшими розничными сетями и производителями продуктов питания над проектом, посвященным борьбе с ожирением. Суть проекта состояла в создании своеобразного «движения» для повышения осведомленности об этой проблеме и побуждения потребителей и организаций к активным действиям. При поддержке группы, в которую вошли представители всех заинтересованных сторон, был разработан план мероприятий. В рамках плана руководители розничных сетей и компаний — производителей продовольственных товаров обязались достичь определенных целевых показателей и реализовать комплекс мер, таких как партнерские проекты со школами в поддержку здорового образа жизни, программы занятия спортом на рабочем месте и правильного питания, совместные проекты, направленные на снижение калорийности потребляемой пищи и повышение доступности информации о калорийности продуктов. И хотя экономическую пользу от таких проектов и их влияние на состояние здоровья населения сложно оценить в количественных показателях, эти меры играют важную роль в популяризации здорового образа жизни.

Более прямое влияние может быть обеспечено с помощью государственного вмешательства по конкретным проблемам, а также проектов государственно-частного партнерства. Классический пример — повышение налога на табачные изделия, однако возможны и более оригинальные решения. Так, власти Аргентины организовали программу материальной помощи, цель которой заключалась в сокращении среднего потребления натрия. Руководству хлебозаводов и пекарен предложили снизить количество соли в производимой продукции, при этом им обеспечили прямую компенсацию доходов, потерянных в связи со снижением оборота после изменения рецептуры.

Результаты и реализация мер

Мы считаем, что описанная в настоящей статье новая концепция, ориентированная на потребности пациентов, может принести более ощутимые результаты, чем традиционные меры, направленные на изменение образа жизни пациентов. Программы лечения заболеваний, опирающиеся на старую модель здравоохранения, обычно приносят экономию в размере от 2 до 5% совокупных затрат на медицинские услуги. Наш опыт и резуль-



таты исследований, которые опубликованы на настоящий момент, говорят о том, что программы, основанные на новой концепции, способны обеспечить снижение затрат среди целевых групп населения примерно на 10—15%, одновременно способствуя повышению качества здравоохранения и уровня жизни.

И все же воплощение новой концепции в жизнь — непростая задача. Одной из основных проблем является масштабируемость: хотя многие из необходимых слагаемых успеха существуют и реализуется множество пилотных проектов, примеров одновременного использования всех слагаемых концепции в широких масштабах не так много. Еще одно препятствие — высокая стоимость создания необходимой инфраструктуры, например платформ для управления системой мотивации и систем ведения электронных медицинских карт, содержащих подробную информацию о пациентах. Тем не менее в большинстве случаев можно найти экономически эффективные подходы без применения высоких технологий, а также использовать инновационные решения для упрощения и снижения стоимости.

Однако самое главное препятствие — менталитет руководителей медицинских учреждений и практикующих врачей. Многие из них настроены весьма скептически по отношению к программам, влияющим на образ жизни населения, а некоторые в принципе не считают изменение моделей поведения задачей системы здравоохранения. Такое отношение препятствует принятию методов, уже доказавших свою эффективность.

Для внедрения модели, основанной на профилактике, долгосрочном лечении и организации лечения с учетом потребностей пациентов, руководство систем здравоохранения должно взять на себя ответственность и поддержать необходимые изменения. Без помощи руководителей будет сложно справиться с возникающими трудностями.

Если руководство систем здравоохранения хочет решить проблемы, обусловленные перераспределением рисков — особенно тех, которые связаны с хроническими заболеваниями, — необходимо найти способы мотивировать население к более здоровому образу жизни. Новые программы, ориентированные на потребности пациентов, а не на заболевания, подтверждают возможность достичь осязаемых и устойчивых результатов. Однако для широкого распространения таких программ необходимо изменить менталитет не только населения, но и врачебного сообщества и руководства систем здравоохранения. *B*