

МЕДИЦИНА, ОРИЕНТИРОВАННАЯ НА ИСХОД ЗАБОЛЕВАНИЯ

Шляхто Е.В., Яковенко И.В.

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский
центр им. В. А. Алмазова» Минздрава России,
Санкт-Петербург, Россия

Контактная информация:

Яковенко Игорь Васильевич
ФГБУ «СЗФМИЦ им. В. А. Алмазова»
Минздрава России
ул. Акkuratова, д. 2, Санкт-Петербург,
Россия, 197341.
E-mail: yakovenko_iv@almazovcentre.ru

*Статья поступила в редакцию
11.01.2017 и принята к печати 14.02.2017.*

Резюме

В статье представлен анализ публикаций, посвященных разработке и внедрению в здравоохранение принципов медицины, ориентированной на исход заболевания, или ценностной медицины. Показаны основные этапы и проблемы, связанные с переходом на данную систему.

Ключевые слова: ориентированное на исход здравоохранение, ценностная медицина, эффективность медицинской помощи.

Для цитирования: Трансляционная медицина. 2017; 4 (1): 6–10.

OUTCOME-BASED HEALTHCARE

Shlyakhto E.V., Yakovenko I.V.

Federal Almazov North-West Medical Research Centre,
Saint Petersburg, Russia

Corresponding author:

Igor V. Yakovenko
Federal Almazov North-West Medical
Research Centre
Akkuratova str. 2, Saint Petersburg, Russia,
197341
E-mail: yakovenko_iv@almazovcentre.ru

*Received 01 January 2017;
accepted 14 February 2017.*

Abstract

The article represents analysis of publications devoted to the development and implementation of Outcome-based healthcare and Value-based medicine principles in the healthcare. The basic steps and problems associated with the transition to this system are described.

Key words: Outcome based healthcare, value-based medicine, effectiveness of healthcare.

For citation: Translyatsionnaya meditsina= Translational Medicine. 2017; 4 (1): 6–10.

Результаты лечения больных определяются, прежде всего, применением эффективных медицинских технологий. Вместе с тем и организационные технологии оказывают существенное влияние на качество медицинской помощи. В последние годы в ряде стран Европы и в США интенсивно обсуждается вопрос о возможном переходе здравоохранения этих стран на принципы ценностной медицины (Value-based medicine) или медицины, ориентированной на исход заболевания (Outcome-based healthcare), или, по крайней мере, о применении в ряде регионов этих стран пилотных проектов с использованием таких принципов [1,2,3,4]. Так в чем же заключаются предлагаемые перемены?

Причины внедрения медицины, ориентированной на исход заболевания

Медицина во все времена стремилась к достижению положительных исходов заболевания. Однако принципы медицины, ориентированной на исход заболевания, предполагают применение экономических рычагов, мотивирующих отдельных медиков и медицинские организации к достижению положительных и необходимых прежде всего самому пациенту исходов. Под положительным исходом заболевания понимается «результат лечения, который наиболее важен для самого пациента, в том числе функциональное улучшение и способность жить нормальной и продуктивной жизнью» (International Consortium for Health Outcomes Measurement) (<http://www.ichom.org/why-we-do-it/>). И так, первой причиной, побудившей внедрить данные принципы, является стремление организаторов здравоохранения привязать оплату за оказанную медицинскую помощь к важному (ценному) для пациента исходу. Есть и другая причина предстоящих перемен. Дело в том, что существующие в настоящее время в большинстве стран мира принципы оплаты за медицинскую помощь предполагают выплаты медицинским организациям и отдельным медикам за процесс лечения, за выполненную процедуру (операцию, обследование и т.д.). Это мотивирует медиков к увеличению числа оказанных медицинских услуг, их удорожанию, к оказанию более дорогих и не всегда действительно необходимых пациенту услуг. Так, в США в 2011 году, по данным Национального центра медицинской статистики, на здравоохранение было израсходовано 2,7 триллиона долларов с ежегодным ростом этого показателя в 2015–2023 году на 6% [5]. В 2015 году на здравоохранение в США было потрачено уже 3,2 триллиона долларов [6]. Это первое место в мире по затратам и только 50-е место по эффективности (Bloomberg-2016). По мнению Т. Latkovic (2013) [1], внедрение в США си-

стемы оплаты, привязанной к исходу заболевания, за предстоящее десятилетие позволит сэкономить триллион долларов, а к 2018 году, по его мнению, до 50% всех медицинских платежей в США будут производиться, исходя из достижения положительного для больного исхода заболевания. В условиях мирового экономического кризиса, поразившего, в том числе, и нашу страну, рассмотреть возможные положительные стороны другого принципа оплаты за оказанную медицинскую помощь было бы весьма полезно. По мнению английских разработчиков такой системы [3,4], оплату необходимо производить в случае положительного исхода заболевания, а контракт на оплату должен заключаться не с одной медицинской организацией, а с группой организаций, обеспечивающих этот исход определенному сегменту населения. Это должно уменьшить ежегодно нарастающие, как снежный ком, затраты государств на здравоохранение, поскольку у медицинских организаций больше не будет экономического стимула к увеличению числа услуг и их удорожанию, в то время как положительного исхода заболевания будет выгодно достигать с минимальными затратами на лечебные процедуры.

В случае внедрения принципа оплаты за лечение по исходу заболевания затраты на здравоохранение могут уменьшиться на 10% или более за счет устранения потерь и неэффективности (избыточного ухода, неправильного использования и т.д.). Кроме того, это может привести к уменьшению медицинской инфляции, например, за счет вытеснения малоэффективных, дорогостоящих технологий и широкого применения первичной и вторичной профилактики [1].

Этапы внедрения медицины, ориентированной на исход заболевания

Внедрение принципов медицины, ориентированной на исход заболевания, предполагает несколько этапов. Прежде всего, необходимо провести обучение участвующих в пилотном проекте организаций. Поскольку в некоторых странах отдельные этапы этого внедрения уже осуществляются [3,4], у нас есть реальная возможность воспользоваться их опытом. Так, в Лондоне уже несколько лет работает общественная организация, оказывающая помощь по внедрению этой системы и имеющая свой сайт (outcomesbasedhealthcare.com). В Оксфордской организации «Better Value Healthcare» (BVHC) Muir Gray на многочисленных семинарах обучает слушателей принципам ценностного здравоохранения (<http://www.bettervaluehealthcare.net/>). В 2015 году в США вступил в силу закон MACRA («Medicare Access and

CHIP Reauthorization Act of 2015») согласно которому оплата за медицинские услуги будет привязана к качеству медицинской помощи: за высокое качество будут выплачиваться бонусы, за низкое — взиматься штрафы [7].

1. Выделение групп населения с близкими потребностями

Успех внедрения принципов медицины, ориентированной на исход заболевания, во многом определяется выделением групп населения с близкими потребностями при оказании первичной медицинской помощи и профилактике. Одно и то же лечение не может удовлетворить разные демографические группы населения, отличающиеся состоянием здоровья, потребностями в здравоохранении и приоритетами. Так, пожилой пациент с переломом бедра не должен находиться в одной группе с молодым спортсменом, получившим аналогичную травму. Однако чрезмерное дробление на очень узкие сегменты населения какого-либо региона создаст организационные трудности при оценке исходов. Критерии для разделения населения на группы следующие [2]:

- однородность по ожиданиям и приоритетам здоровья;
- отличительность — в каждой группе должны быть люди с уникальным состоянием здоровья и потребностями в медицинской помощи;
- включение каждого жителя региона в какую-либо группу, при этом возможна миграция между группами в связи с изменениями состояния здоровья.

При оказании специализированной медицинской помощи исходы заболевания оцениваются у пациентов с одинаковыми заболеваниями.

2. Разработка критериев исхода

После разделения населения региона на группы с близкими потребностями необходимо определить исходы у каждой из этих групп. В этом процессе должны участвовать медики, оказывающие услуги данному сегменту населения, страховые компании, которым предстоит оплачивать медицинскую помощь по мере достижения положительного исхода, и сами пациенты, входящие в конкретную группу. При этом определяемые участниками исходы заболеваний должны быть значимыми, достоверными и измеримыми. В Великобритании определение таких исходов проводится на семинарах («Вечеринках исходов») с участием всех перечисленных выше участников, в том числе большого числа пациентов (South Somerset Symphony Project (2014) <http://www.rightcare.nhs.uk/index.php/2014/03/>

research-finds-that-costs-of-healthand-social-care-are-driven-more-by-an-individuals-morbidity-profile-than-by-their-age/; Personal outcomes and quality measures project (2013), <http://www.alliance-scotland.org.uk/what-we-do/projects/personaloutcomes-and-quality-measures-project/>).

Существует несколько источников данных для определения исходов. Самые доступные в настоящее время — это данные, полученные из медицинской документации (медицинские карты стационарного или амбулаторного больного, лучше в электронной форме), данные медицинской статистики, различные отчеты в страховые компании и органы управления здравоохранением. Важны такие показатели, как летальность, длительность пребывания больного на койке, наличие осложнений, наличие повторных госпитализаций или операций, различные лабораторные и инструментальные показатели: уровень глюкозы при диабете, артериальное давление при гипертонической болезни, доля удаленной опухоли мозга по данным МРТ и др. Однако приоритетными с точки зрения удовлетворенности исходом заболевания являются данные, полученные от самого пациента. Для этого используются различного рода стандартные опросники, в которых оцениваются общие данные по исходам (например, EQ-5D, SF-36), или связанные с определенным заболеванием опросники (например, The Oxford Hip Score, Audit of Diabetes Dependent Quality of Life — ADDQoL, PHQ9, Hospital Anxiety and Depression Scale). Предполагается разработать опросники, созданные с участием самих пациентов, которые в еще большей степени будут ориентированы на полезность исхода для больного.

Ряд национальных (Outcome-based healthcare, Великобритания) и международных (International Consortium for Health Outcomes Measurement, International Society for Pharmacoeconomics and Outcome Research) организаций разрабатывают стандартные наборы исходов при различных состояниях и для определенных групп населения. На национальном уровне здравоохранение Швеции и Дании являются явными лидерами в создании национальных реестров качества, охватывающих многие заболевания. В Соединенных Штатах федеральное законодательство определило универсальные измерения исходов и отчетности всем поставщикам при трансплантации органов, экстракорпоральном оплодотворении и гемодиализе [8].

Ценностная медицина (Value-based medicine), кроме полезных для больного исходов, оценивает стоимость лечения и в широком смысле определяется как «исходы, деленные на расходы» [9]. Улучшение исходов при неизменности затрат или сни-

жение затрат при неизменности исходов приводят к росту ценностной медицины [8].

Ценностная медицина (Value-based medicine) является ценностным дополнением доказательной медицины (Evidence-based medicine) и нет смысла их противопоставлять. И та и другая являются ответом на возрастающую сложность в принятии решений в здравоохранении: доказательная медицина — ответ на нарастающую сложность существующих фактов, ценностная медицина — ответ на возрастающую сложность существующих ценностей [10]. Оба подхода строятся на основе доказанной клинической и экономической эффективности и направлены на выбор оптимальной медицинской стратегии.

«Ценностность» в ценностной медицине — это более широкое понятие, чем цена или стоимость, и она подразумевает определенный философский, этический оттенок, прежде всего в виде значимости и важности для самого пациента. В этом смысле ценностная медицина и медицина, ориентированная на исход заболевания, имеют одинаковую цель — удовлетворение потребностей пациента, достижение положительного для него исхода заболевания.

3. Измерение исходов

После выделения источников данных, определяющих исходы, необходимо перейти к их регистрации и измерению у выбранного ранее сегмента населения (при первичной медицинской помощи и профилактике) или у пациентов с определенным заболеванием (в случае специализированной медицинской помощи). Оптимальным вариантом является экспорт данных из электронных карт стационарного и амбулаторного больного, электронных статистических форм, отчетов медицинских организаций для страховых компаний в разработанную для каждого сегмента населения электронную базу данных. Сюда же должны заноситься данные из стандартных опросников, заполняемых пациентами до, в течение и после лечения. После разработки опросников с участием пациентов (в Великобритании они находятся в процессе разработки) и заполнения их — данные тоже должны поступать в ту же общую базу. После этого все данные должны обрабатываться и представлять некий интегрированный результат оценки исхода у конкретного сегмента населения за определенный период времени: месяц, квартал, год.

4. Оплата по исходам

Основной целью перехода на медицину, ориентированную на исход заболевания, как уже отмечалось выше, является привязка оплаты к до-

стижению положительных для пациента исходов заболевания. Поэтому важным этапом в становлении этой системы является преобразование существующей практики оплаты за выполненную медицинскую услугу, что требует пересмотра и внедрения новых контрактов между поставщиками медицинских услуг и страховыми организациями. Эти контракты должны заключаться не с отдельной медицинской организацией, а с группой организаций, обеспечивающих для выбранного сегмента населения положительный исход заболевания. Важным условием подобного вида контракта является мотивация каждого участника к достижению общего положительного результата, что требует создания подразделения интегрированной медицинской помощи [3].

М. Porter (2016) [11] считает, что оплата из расчета на одного человека за год (capitation) в меньшей степени отражает интересы конкретного больного и нацелена на улучшение показателей здоровья всего населения. При этом данная система оплаты достаточно успешно справляется с задачей по сокращению расходов на здравоохранение. Достижения интересов конкретного больного при одновременном сокращении финансовых затрат можно добиться за счет пакетных оплат (bundled payments), при которых медики получают оплату за весь цикл медицинских услуг при лечении определенного состояния или при оказании помощи выделенному сегменту населения в случае первичной медицинской помощи или профилактики. Существуют два основных варианта для разработки модели пакетной оплаты с целью стимулирования коллективного достижения результатов [3]: первый состоит из интеграции общих затрат, связанных со всеми услугами, в том числе деятельности, процессов и результатов в рамках одного пакетного контракта; второй состоит из включения только той части общих затрат, которые привели к достижению положительных результатов в рамках комплексного контракта, в то время как существующие контракты — для деятельности и процессов в основном остаются неизменными. Второй вариант перехода на новые условия контрактов менее рискован для поставщиков медицинских услуг, поскольку часть оплаты происходит по старой схеме, за выполненные услуги, а оплата за достижение положительного для больного исхода заболевания происходит в виде бонуса, если этот результат был достигнут.

Таким образом, этапы перехода на принципы медицины, ориентированной на исход заболевания, представляются следующими:

- обучение заинтересованных лиц общим принципам предстоящих изменений;

- сегментация населения на группы со сходными интересами к исходу заболевания;
- определение исходов для каждого сегмента населения;
- изменение организации оказания медицинской помощи с интеграцией ее вокруг выделенного сегмента населения (формирование подразделений интегрированной медицинской помощи);
- заключение контрактов между страховой организацией и группой поставщиков медицинских услуг;
- измерение исходов в выделенном сегменте населения;
- оплата в соответствии с результатом достижения намеченного исхода.

Перспективы для России

Внедрение принципов медицины, ориентированной на исход заболевания, вряд ли возможно в отдельном медицинском учреждении. Для осуществления такого пилотного проекта, вероятно, необходимо участие большинства медицинских организаций и страховых компаний какого-либо крупного региона. Однако подготовительный этап, представляющий разработку принципов сегментации населения с близкими потребностями к исходу заболевания, разработку критериев оценки этих исходов в различных группах населения и оценку исходов, вероятно, может быть осуществлён в ряде крупных медицинских организаций с последующим использованием полученных результатов при полномасштабном внедрении данного проекта в масштабах страны или в крупном регионе.

Конфликт интересов / Conflict of interest

Авторы заявили об отсутствии потенциального конфликта интересов. / The authors declare no conflict of interest.

Список литературы / References

1. Latkovic T, The Trillion Dollar Prize. Using outcomes-based payment to address the US healthcare financing crisis. <http://healthcare.mckinsey.com/sites/default/files/the-trillion-dollar-prize.pdf>
2. Latkovic T, Claiming the \$1 trillion prize in US health care. <http://www.mckinsey.com/industries/health-care-systems-and-services/our-insights/claiming-the-1-trillion-prize-in-us-health-care>
3. Outcomes based approaches to healthcare. http://outcomesbasedhealthcare.com/OBH_Outcomes_Myths_2014.pdf
4. Contracting for Outcomes A Value-Based Approach. http://outcomesbasedhealthcare.com/Contracting_for_Outcomes.pdf

5. Health, United States, 2013. <https://www.cdc.gov/nchs/data/abus/abus13.pdf>

6. Young J, America Spent More Than \$3 Trillion On Health Care Last Year. http://www.huffingtonpost.com/entry/america-spent-more-than-3-trillion-on-health-care-last-year_us_57868091e4b08608d332956a

7. Frieden J, Senate Passes Historic SGR Repeal Bill By Vote of 92-8. <http://www.medpagetoday.com/washington-watch/washington-watch/50991>

8. Porter ME, What Is Value in Health Care? *N Engl J Med.* 2010; 363: 2477-2481

9. Lawrence L, Defining "Value" in Value-Based Medicine: A Work in Progress. <http://www.ashclinicalnews.org/defining-value-in-value-based-medicine-a-work-in-progress-3/>

10. Schramme T, Thome J. *Philosophy and Psychiatry.* Berlin/Boston: De Gruyter, 2012: 50-80.

11. Porter ME, Kaplan RS, How to Pay for Health Care. <https://hbr.org/2016/07/how-to-pay-for-health-care>

Информация об авторах:

Шляхто Евгений Владимирович, академик РАН, президент РКО, генеральный директор ФГБУ «СЗФМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава РФ;

Яковенко Игорь Васильевич, д.м.н., профессор ФГБУ «СЗФМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава РФ.

Author information:

Evgeniy V. Shlyakhto, academician of the Russian Academy of Sciences, Honored Scientist of Russia, President of the Russian Society of Cardiology, Director of the Federal Almazov North-West Medical Research Centre;

Igor V. Yakovenko, MD, professor, Federal Almazov North-West Medical Research Centre.