

Виталий Омельяновский: «ЦОЗ – это вообще другая парадигма, которая потребует перестройки всей системы здравоохранения»

Скажите, пожалуйста, что это такое с точки зрения врача, пациента и с точки зрения системы здравоохранения в целом?

Сегодня система здравоохранения борется за повышение качества медицинской помощи. Объектом контроля качества являются разные уровни оказания медицинской помощи, и в этом контексте система контроля качества медицинской помощи ориентирована на контроль организации процессов – как на уровне страны, региона, медицинской организации, так и на уровне пациента (мы контролируем, что сделано пациенту).

Все уровни контроля качества медицинской помощи – как ориентированные на пациента, так и более широко - на уровень медицинской организации или субъекта, – имеют процессные показатели эффективности (KPI): что должно быть сделано в регионе, в стационаре, конкретному пациенту, чтобы обеспечить определённый уровень качества. Каким образом должна быть построена маршрутизация пациента, какие проведены мероприятия, чтобы пациенту лучше и быстрее оказывалась медицинская помощь, например, как профилировать бактериальную резистентность и другие факторы, влияющие на процесс лечения. Организация этих процессов контролируется на разных уровнях (страны, региона, медицинской организации) как с точки зрения выполнения различных СОПов, которые являются основой системы менеджмента качества, так и с точки зрения выполнения конкретных процедур при конкретном заболевании конкретному пациенту.

Конечно же анализируются и результирующие показатели, такие, как выживаемость, потерянные года жизни, доля проведённых интервенций, общая смертность и инвалидизация, смертность по заболеваниям, но они оцениваются на популяционном уровне, на уровне отдельного пациента достигнутый результат лечения зачастую не оценивается. Для оценки качества медицинской помощи на уровне пациента оцениваются в основном процессные показатели, а именно: пациенту должна быть сделана электрокардиограмма? Сделана. Пациенту должно быть проведено хирургическое лечение? Проведено или нет? То есть результаты лечения оцениваются или на популяционном уровне, или у конкретного пациента с точки зрения контроля процесса.

Когда мы говорим о ценностно-ориентированном здравоохранении, то мы оцениваем в первую очередь результаты лечения с позиции конкретного пациента. И здесь мы подходим к понятию ценности.

Наиболее традиционный подход, который в том числе используется в клинических исследованиях: измерение суррогатных (промежуточных) – лабораторных - показателей, например, артериальное давление, уровень холестерина и т.д., или конечных исходов – как быстро больной выздоровел, насколько увеличилась продолжительность жизни, межприступный период, период ремиссии и т.д. Суррогатные исходы, в отличие от конечных, не могут полноценно отразить, насколько конкретному пациенту стало лучше или хуже. То есть в основном, происходит оценка исходов с точки зрения восприятия системы здравоохранения и врача, но не конкретного пациента.

Поэтому ценностно-ориентированное здравоохранение – это когда мы эти результаты, которые диктуют и определяют система здравоохранения и врач (клинические показатели),

дополняются теми показателями, которые важны для пациента. Система здравоохранения может добиться в результате лечения пациента определённых показателей, на анализ и оценку которых она ориентирована, но у пациента может сохраняться болевой синдром, ему может быть по-прежнему трудно ходить, у него страдает качество жизни. Поэтому именно агрегация клинических показателей и тех исходов, которые оценивает сам пациент, и формирует понятие ценности.

Все по-разному трактуют ценность, и мы должны понять, что в данном случае ценность – это объединение исходов, важных для врача, системы здравоохранения и для пациента. Причём важные исходы и для врача, и для системы здравоохранения, и для пациента при разных заболеваниях будут разными. Именно поэтому в рамках ценностно-ориентированных подходов формируются отдельные опросники для каждого заболевания, которые отражают специфику данного заболевания и результаты его лечения с точки зрения клинических показателей и с точки зрения самого пациента.

Какова связь показателей value based medicine с финансовыми показателями? Есть ли она, вообще?

Если мы посмотрим, как работает сегодня система здравоохранения в России и за рубежом, то заметим, что медицина в основном ориентирована на штрафы и наказания. Если пациенту не сделаны какие-то манипуляции, организацию штрафуют. Если медицинская организация не соответствует каким-то требованиям, она теряет аккредитацию и, как итог, количество пациентов и/или стоимость, которая выплачивается ей за пролеченный случай, уменьшается.

Ценностно-ориентированное здравоохранение (ЦОЗ) – это не про штрафы. Оно ориентировано на поощрения, на мотивацию врачей и медицинской организации повышать качество оказываемой помощи через призму ценности, которая оценивается и врачом, и пациентом. Поэтому включение различных систем оплаты для мотивации повышения качества является важным принципом ЦОЗ. Поощрения работают лучше, чем штрафы. Но мы понимаем с вами, что штрафование в определённой степени экономит деньги плательщиков, а поощрения требуют увеличения средств. Но за это регулятор или плательщик должен получить лучший результат от проводимого лечения, что оценит и пациент.

Можно ли сказать, что ЦОЗ ускоряет развитие внедрения технологий?

Прямо так сказать, наверное, сложно. Но можно взять один из наиболее простых примеров применения принципов ЦОЗ – так называемый подход риск-шеринга или подход P4P (payment for performance). В международной практике, если препарат не имеет достаточного уровня доказательности эффективности для включения в систему государственного финансирования, плательщик и производитель заключают соглашения о разделении рисков, в рамках которых стоимость лекарственного препарата оплачивается только тогда, когда достигаются определённые показатели эффективности. Реализация такого подхода позволяет снять риски с плательщика и ускорить доступ к новой технологии несмотря на то, что данные по эффективности ограничены (на это могут быть объективные причины, например, орфанный статус) и в обычной практике данному препарату было бы отказано в возмещении государством.

Конечно, приход новых технологий определяет повышение эффективности лечения, качества медицинской помощи. Но, когда мы говорим про оценку конкретного лекарственного препарата, медизделия, технологии, мы их оцениваем по данным клинических исследований, т.е. некой идеальной практики, где пациент не имеет сопутствующих заболеваний и идеально выполняются все рекомендации по лечению. В реальности мы понимаем, что это не так. У нас может быть качественный препарат, но, если команда врачей и медсестер не работает в совершенном формате, мы можем не получить тот результат, который хотим.

ЦОЗ ориентировано не только на конкретный элемент оказания медицинской помощи – хорошее оборудование или хороший лекарственный препарат – оно ориентировано на полный комплекс услуг, который включает лечение того или иного заболевания. Соответственно, более качественные элементы позволяют достичь более высокого качества медицинской помощи.

В каких странах продвинулись больше всего во внедрении подходов ЦОЗ? И как сейчас в России обстоит дело?

Сегодня очень многие страны внедряют принципы ЦОЗ – это Голландия, Швеция, США, Великобритания, и др.

Для внедрения ЦОЗ важны несколько факторов. Первое - это привязка оказания медицинской помощи к конкретному заболеванию. Поэтому для каждого заболевания должны быть разработаны свои клинические критерии оценки эффективности, опросники, чек-листы, которые должны быть автоматизированы для организации постоянного сбора и анализа этих данных. Второе – необходимо внедрять новые подходы к оплате медицинской помощи (P4P - оплата за результат и bundled payment - пакетное финансирование). Оплата за результат ориентируется на эффективность лечебного процесса и направлена на стимулирование повышения качества медицинской помощи. Пакетное финансирование рассматривает максимально широко эпизод лечения, и оплата медицинской помощи осуществляется за весь этот эпизод. В случае с пациентами с хроническими заболеваниями, например, сахарным диабетом, эпизод лечения может составлять 1 год. У человека с таким диагнозом может быть очень много различных осложнений, и его качественное лечение нельзя оценить на уровне недель или месяцев. Пакетное финансирование стимулирует интегрированный подход к оказанию медицинской помощи, так как все участники процесса оказания медицинской помощи получают общую единую оплату (bundle) и заинтересованы в достижении лучшего общего результата.

Каков в данном вопросе опыт Москвы?

Пакетное финансирование (bundled payment) – это подход, который внедрялся на уровне столичного Фонда ОМС под руководством Владимира Анатольевича Зеленского. Вторая история – это инициативные исследования с участием медицинских организаций - когда используются примерно одинаковые технологии - лекарственные препараты или медицинские изделия, но имеются разные результаты лечения. В рамках таких исследований анализируется, чем отличаются практики ведения пациента, вычленивают те важные элементы, которые оказываются критическими для повышения качества оказываемой медицинской помощи. Это способствует повышению качества медпомощи. В России первое такое исследование проведено нашим центром – ФГБУ

«ЦЭКМП» Минздрава России - для оценки хирургического лечения катаракты, в котором приняли участие 4 офтальмологических центра РФ. В рамках данного исследования проведена комплексная оценка результатов лечения катаракты с учетом степени удовлетворенности пациентов результатами хирургического лечения на основе их самооценки остроты зрения до и после операции.

Еще один проект, который запускается в этом году, – по воспалительным заболеваниям кишечника. В него включено 5 центров, федеральные медицинские учреждения, медицинские организации Москвы, Санкт-Петербурга, Екатеринбурга. Разработан опросник, на финальной стадии - разработка ИТ-платформы, которая будет оценивать исходы для пациента, собирать данные, проводить оценку эффективности качества медицинской помощи через призму оценки конкретного пациента. Российский опросник разработан на основе опросника Международного консорциума по оценке исходов лечения (International Consortium for Health Outcomes Measurement, ICHOM) – ключевой международной организации, занимающейся внедрением ценностно-ориентированной практики в здравоохранении.

Центр экспертизы и контроля качества медпомощи, которым вы руководите, активно участвует в этих проектах. Какова его роль?

Наш Центр вовлекается в этапы экспертизы качества медицинской помощи на уровне федеральных лечебных учреждений, поэтому, конечно, мы не могли пройти эту тему. Эту работу мы начали около 4 лет назад с коллегами из Швеции. Мы сами не оказываем медицинскую помощь, но оказываем методическую координирующую функцию для организации такой помощи. Мы являемся той площадкой, которой доверяют эксперты, профильные специалисты, координируем разработку подходов ЦОЗ, их адаптацию, методологию.

Какова роль цифровизации и ИТ-технологий во внедрении подхода ЦОЗ?

Без автоматизации создать возможность сбора информации практически невозможно. Поэтому автоматизация является одним из важнейших элементов ЦОЗ. Мы идём не в медицинские записи, истории болезни, мы идём к пациенту. И мы должны обеспечить дистанционную оценку эффективности. Пандемия еще более ускорила развитие этого тренда.

Как в целом происходит реализация проекта ЦОЗ? Расскажите по шагам.

Данные мы собираем с помощью приложения с опросником, в которое заходит пациент и отмечает свое состояние по чек-листу.

Сначала мы должны собрать данные, потом мы их агрегируем с теми записями, которые есть в истории болезни, потом мы анализируем то, что мы получили. Далее мы анализируем и выбираем те центры, которые лучше работают по тем или иным показателям. Пока мы не говорим о том, что будем по-разному оплачивать их услуги, но мы говорим о том, что будем выделять лучшие практики с условием, чтобы врачи выявляли, почему у одних получается лучше, у других – хуже.

Центры, которые включаются в проект, понимают важность ЦОЗ и хотят попробовать, как это работает.

Как вы считаете, кто основной заказчик внедрения этой модели, кто должен платить за неё и что должно обеспечивать государство, а что остаётся на усмотрение медицинской организации?

ЦОЗ касается каждого пациента, поэтому такая модель крайне важна для плательщика, регулятора, который следит и платит за медицинскую помощь. Например, в Великобритании и Голландии медицинская помощь 100% оплачивается страховыми компаниями. Страховой компании выгодно, чтобы пациенты, которые к ней приходят, получали лучшую помощь, на этом основывается их выбор. Она определяет, в каком медицинском учреждении лучше оказывается помощь, и с ним заключают договора.

В России же медицинская помощь, оказываемая в государственных медицинских организациях, оплачивается в рамках бюджета и системы ОМС, в частных клиниках плательщики – страховые компании, которые занимаются ДМС. Мы должны научиться выделять случаи, где пациентов лечат лучше, и это поощрять. Это должно быть прописано.

Правда, пока у нас выбирают страховую компанию по имиджу, а не по показателям качества оказания медицинской помощи для пациента. Вопросы демонстрации большей эффективности и, соответственно, лучшего качества оказания медицинской помощи пока не на поверхности. Поэтому смысла страховым компаниям дополнительно выделять медицинские организации, которые оказывают лучшую медицинскую помощь, пока нет. Но, возможно, крупнейшие игроки рынка скоро начнут свою работу в этом направлении.

Чего не хватает на текущий момент для внедрения ЦОЗ? Нормативной базы, закона, который ввёл бы необходимость на уровне ФОМСа? Или должна произойти революция в умах?

Да, верно сказали, ЦОЗ – это вообще другая парадигма, которая потребует перестройки всей системы здравоохранения и главное – перестройки того, как мы воспринимаем медицинскую помощь. Сегодня ключевые показатели эффективности системы – объем финансирования, закупленного оборудования, оказанных услуг. И за исключением показателей смертности, связанной с нацпроектами, никакие другие показатели медицинской помощи фактически не оцениваются. Пока такой тренд будет прослеживаться, трудно будет говорить о внедрении ЦОЗ. Но, тем не менее, движение идет, хоть пока и идет против течения, но, как мы знаем, только двигаясь против течения, можно достигать результатов.