



Нина Успенская. Сон.
35x42. Бумага, смешанная техника. 2011 г.

Новая модель здравоохранения: как вырваться из ловушки бесконечного роста

Алексей Вигдорчик, Виталий Клинцов, Елена Кузнецова

Глобальная экономика уже не успевает за ростом затрат на медицинское обслуживание населения. Сегодня и развитым, и развивающимся странам предстоит изменить основные принципы своих систем здравоохранения: перебросить ресурсы на борьбу с заболеваниями в ранней стадии и выстроить новый, интегрированный подход к заботе о здоровье своих граждан.

Соединенные Штаты тратят на медицину около 3 трлн долл. в год, почти 18% своего ВВП, тогда как средний для стран ОЭСР показатель — около 8% ВВП. В США, например, проводится в 2,5 раза больше МРТ-обследований и в 3 раза больше маммограмм на душу населения в год, чем в средней стране ОЭСР. Так почему же Соединенные Штаты до сих пор не на первых местах в списке самых здоровых стран мира?

Алексей Вигдорчик — кандидат медицинских наук, консультант McKinsey, Москва
Виталий Клинцов — управляющий партнер McKinsey по России и СНГ
Елена Кузнецова — партнер McKinsey, Москва

По таким показателям, как ожидаемая продолжительность жизни при рождении, эта ведущая в технологическом и финансовом отношении экономика не попадает даже в первую десятку. Каковы же тогда шансы других стран, не располагающих такими ресурсами, в борьбе за здоровье своего населения? Каковы шансы улучшить состояние здоровья граждан России? Государственные расходы на душу населения росли последние 15 лет и достигли 3,6% от ВВП в 2014 г., но все еще не дотягивают до уровня более обеспеченных стран.

Если заглянуть в будущее, то проблема еще серьезнее. В среднем по странам ОЭСР рост затрат на здравоохранение опережает рост ВВП на 2 процентных пункта. Медицинские издержки во всем мире растут так быстро, что уже в среднесрочной перспективе экономика многих стран перестанет их выдерживать. Вряд ли помогут даже бурное развитие и радикальное удешевление медицинских и биотехнологий.

Это означает, что прежняя модель здравоохранения, сложившаяся в XIX—XX вв., быстро движется в тупик. Традиционно медицинское вмешательство начиналось лишь тогда, когда пациент обращался к врачу с уже возникшим заболеванием. После изобретения вакцинации медики научились предотвращать часть таких обращений — те, что были связаны с инфекционными заболеваниями. Но тенденции последних десятилетий показывают, что и этого уже недостаточно. Глобальная медицина должна научиться в полном смысле слова управлять заболеваниями, как инфекционными, так и неинфекционными. Иначе ее издержки лягут непосильным грузом на экономику.

Но почему эти проблемы возникли только сейчас? Почему именно сейчас системы здравоохранения перестают справляться с нагрузкой?

Две угрозы для здравоохранения

Один из ответов — долгожитие. Благодаря улучшению санитарных условий, росту благосостояния и достижениям медицины продолжительность жизни людей в большинстве стран планеты увеличилась на десятки лет. По прогнозам ООН, численность населения в возрасте старше 60 лет увеличится с 813 млн в 2013 г. до более чем 2 млрд к 2050 г. Это будет более 20% населения планеты. В медицине же есть четкая зависимость: чем выше возраст, тем больше тратится денег на лечение. Исследование Мичиганского университета показывает, что ежегодные издержки на медицинское обслуживание старых людей в четыре-пять раз выше, чем для молодых, причем издержки растут экспоненциально: на людей старше 85 лет расходуется втрое больше, чем на тех, кому 65—74 года.



Более того, долгая жизнь создает новые проблемы. Вылечивая, например, инфекции и травмы, которые прежде считались бы смертельными, медицина открывает дорогу другим болезням — заболеваниям сердца, диабету, онкологическим заболеваниям, болезням легких, которые развиваются длительно и лечение которых требует значительно более серьезных расходов.

На это накладываются и другие факторы риска: курение, злоупотребление алкоголем, низкая физическая активность, ожирение и т. п. Из-за ожирения в развитых странах за последние 20 лет количество потерянных лет жизни с поправкой на инвалидность выросло на 17%, а в развивающихся странах — в связи с ростом благосостояния — на 90%. Наблюдения за переезжающими в Северную Америку эмигрантами, в основном из Южной Америки, показывают, что их продолжительность жизни нередко не увеличивается, как можно было бы предположить, а, наоборот, снижается. Одна из причин — доступность дешевой пищи, насыщенной жирами, солью и легкоусвояемыми углеводами, и снижение потребления более дорогостоящих фруктов и овощей, привычных для мест их происхождения. Ухудшение рациона способствует ожирению и хроническим заболеваниям.

Технологический парадокс

Еще один фактор, из-за которого расходы на здравоохранение быстро растут, — стремительное развитие медицинских технологий. Революция в медицине повышает качество лечения и продлевает жизнь, но вызывает резкий рост расходов, причем часто необоснованных. Вот пара примеров.

Компьютерная томография и МРТ очень сильно облегчили врачам диагностику, но именно поэтому их нередко назначают без должных оснований. Метод стентирования (введение в сосуды специальных сеток — расширителей сосудов, улучшающих кровоснабжение сердца) произвел переворот в лечении кардиологических больных. Но исследования показывают, что этот метод применяется гораздо чаще, чем это в действительности необходимо для продления жизни и избавления от страданий. Почему? Потому что пациентам часто проще один раз перенести процедуру, чем много лет вести правильный образ жизни и поддерживать полноценную медикаментозную терапию, которая не даст болезни прогрессировать.

Но и лекарственная терапия не отстает в росте затрат. В 2014 г. в США были зарегистрированы препараты для лечения вирусного гепатита С, обладающие более чем 90-процентной эффективностью. Они позволяют полностью избавиться от этого страшного и летального заболевания, но стоимость одного курса лечения приближается к 100 тыс. долл.

Давние споры идут в медицинском сообществе и по поводу химиотерапии. Некоторые специалисты даже считают, что дополнительные месяцы жизни, подаренные современными препаратами для лечения рака, не стоят побочных эффектов от их применения и огромных затрат. Те, чья жизнь продлена благодаря такому лечению, с этим не согласятся. Но эксперты правы хотя бы в том, что при дальнейшем росте заболеваемости раком система здравоохранения не сможет себе позволить эти усилия.

Наконец, поскольку ввиду развития медицинских технологий пациенты вылечиваются и выписываются из стационаров быстрее, это подрывает экономическую модель больниц. Хорошо, когда системе здравоохранения удастся снять с себя бремя таких избыточных мощностей. Но если закрыть их по каким-то причинам невозможно, то их содержание опять-таки приводит к чрезмерным затратам на здравоохранение.

Правильное распределение ресурсов

За последние десятилетия глобальная медицина добилась множества прорывов. Но попытки сделать ее одновременно доступной, качественной и экономически эффективной пока не принесли успеха. Доступная всем и качественная медицина, как правило, оказывается экономически неэффективной. А эффективная и качественная — малодоступной. Как же вырваться из этой ловушки?

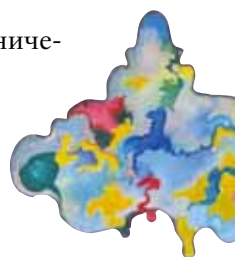
Первое, что предстоит сделать, — значительно эффективнее распределить ресурсы, выделяемые на медицину. Одна из главных проблем сегодня в том, что врачебное вмешательство происходит слишком поздно. Учитывая дороговизну лечения хронических заболеваний на более поздних этапах, время — это деньги. Если бы удалось перебросить часть ресурсов на ранние этапы заболевания, а еще лучше — на первичную профилактику, когда только выявлено наличие у пациента факторов риска, многих нынешних затрат можно было бы избежать. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний сегодня не слишком отлажена. А на долю таких заболеваний, по данным ВОЗ, приходится порядка 40 млн смертей в год.

В России в этом смысле стоит обратить внимание на сердечно-сосудистые заболевания: на них приходится более половины от всех зарегистрированных причин смерти. А в большинстве случаев более эффективное их выявление и лечение позволяет заметно снизить риск смерти и осложнений. Что для этого нужно? Разработать программу определения рисков, позволяющую выявлять пациентов с хроническими заболеваниями на ранних этапах, создать единообразные программы ведения таких пациентов, помогающие контролировать течение болезни.

При раннем выявлении онкологических заболеваний также можно спасти гораздо больше жизней и гораздо меньшими ресурсами, чем на более поздних стадиях. Пока, к сожалению, массовый скрининг на все злокачественные новообразования экономически неэффективен. Но, если сосредоточиться хотя бы на самых распространенных видах опухолей, вносящих основной вклад в смертность, эффект может быть огромным. (В России это колоректальный рак, рак молочной железы у женщин и рак простаты у мужчин.)

Интегрированный подход

Для качественного сопровождения и лечения пациентов с хроническими заболеваниями, особенно множественными, придется перестраивать саму систему медицинской помощи. Таких пациентов должна вести мультидисциплинарная команда, в которую входят не только врач и медсестра, но и социальный работник, фармацевт, физиотерапевт и, возможно, другие специалисты, которые все вместе работают над единым и индивидуальным планом лечения в соответствии с правилами доказательной медицины.



Как это сделать на практике? Хороший пример дает канадская программа по гипертонии, направленная на обучение врачей, медицинских сестер, провизоров и пациентов, которая ведется с 1999 г. К 2009 г. эффективность лечения пациентов с гипертонией возросла с 13 до 66% (это доля пациентов, у которых артериальное давление опустилось ниже 140/90 мм рт. ст.), а смертность от сердечно-сосудистых причин в стране упала примерно на треть. Организаторы программы добивались, чтобы все ее участники работали вместе: врач следовал единым для всей страны клиническим рекомендациям, медсестра регулярно контролировала результаты лечения, как и провизор, который при выдаче лекарств в аптеке проверял эффективность лечения и при более высоком давлении советовал проконсультироваться с врачом. Ключевую роль сыграли сами пациенты, которых обучали контролировать свое состояние и вовремя обращаться к врачу.

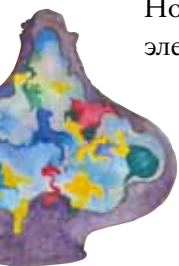
Опора на данные

Интегрированный подход к медицинской помощи должен опираться и на новые модели работы с данными. По расчетам McKinsey, системы здравоохранения могут экономить до 10% в год, если научатся лучше собирать и обрабатывать данные о состоянии и качестве лечения пациентов, оценивать эффективность трат, находить злоупотребления и избавляться от них.

Среди таких мер — ведение единой электронной истории болезни, помогающее специалистам, работающим с пациентом, обмениваться информацией и избегать лишних диагностических и лечебных вмешательств, и создание регистров пациентов с различными заболеваниями (в первую очередь хроническими). Эти регистры позволяют своевременно оценивать качество врачебной помощи, соблюдение рекомендаций врача пациентами и достижение целей лечения. К примеру, в негосударственной системе здравоохранения введение подобных регистров по гипертонии и сахарному диабету позволило добиться отличных результатов в лечении этих заболеваний: эффективность лечения пациентов с гипертонией превысила 80%, а значит, резко снизилось и число осложнений — инсультов и инфарктов.

Необходимость внесения информации в регистр дисциплинирует медицинских работников и позволяет не упустить из виду особенности конкретного пациента с типичным заболеванием. Если цели лечения на данный момент не достигаются, программа может напоминать медицинским работникам, что нужно обратить внимание на пациента, скорректировать индивидуальный план его лечения.

Новые ИТ-системы также позволяют пациентам иметь доступ к своей электронной медицинской карте и связываться с врачом, а медикам — дистанционно контролировать состояние пациента. К этим системам можно подключить, например, потоки данных с портативных приборов, снимающих электрокардиограмму, и тонометров. Это избавляет пациентов от лишних посещений и экономит время врачей.



Эффективность и концентрация

Важнейший шаг, который позволит облегчить нагрузку на системы здравоохранения, — это контроль за эффективностью применяемых технологий и методик. Многие высокотехнологичные и дорогие методы лечения пока еще не прошли должную клиническую оценку и не доказали своего превосходства над более простыми и широко применяемыми. Поэтому при выборе инструментов лечения нужно опираться и на их реальный клинический эффект, и на их экономическую обоснованность. В данном аспекте, безусловно, должны помочь основанные на доказательной медицине клинические рекомендации, дополненные экономическим анализом медицинских технологий.

Кроме того, нужно сокращать пребывание пациентов в стационаре до минимально необходимого уровня, позволяющего оказывать качественную медицинскую помощь. Если речь идет о плановой госпитализации, то пациент должен приходить в стационар уже после полного

обследования, в идеале — сразу оказываться в операционной. Кроме того, нужно создавать менее затратную (по сравнению с обычными больницами) систему долечивания и реабилитации, в том числе помогать выписанным пациентам в реабилитации на дому. Здесь опять-таки важен интегрированный подход: врачи вместе с социальными работниками заранее планируют план долечивания, активно контактируют с теми врачами, которые лечат пациента в амбулаторных условиях.

Большой эффект дает и концентрация определенных видов медицинской помощи. Доказано, например, что в онкологии результаты лечения лучше в специализированных центрах и у хирургов, выполняющих большое количество однотипных операций. В ряде стран существуют крупные больницы («фабрики»), специализирующиеся на грыжесечениях, как, например, Shouldice Hernia Centre в Канаде, The British Hernia Centre в Великобритании, Clinique Genolier в Швейцарии или Herzliya Medical Center в Израиле. В Индии созданы центры, специализирующиеся преимущественно на операциях на глазах (Aravind Eye Care System) или на операциях на сердце (Narayana Health). Такие «конвейеры» работают гораздо успешнее многопрофильных больниц, в которых хирурги выполняют разнообразные вмешательства без узкой специализации.

Понятно, что современная система здравоохранения многих стран базируется на сети многопрофильных стационаров, оказывающих полный спектр медицинских услуг. В таких условиях сложно перейти к системе узкоспециализированных центров — да и не нужно. Правильнее развивать в составе многопрофильных больниц специализированные отделения с большим потоком пациентов — это обеспечит нужный баланс.

Сила алгоритма

Все эти преобразования невозможны без четких клинических алгоритмов, определяющих цели лечения и последовательность действий врача. Такие алгоритмы стандартизируют процесс ведения пациентов, повышают качество и эффективность работы врачей. И речь не о том, что мышление врача должно сдерживаться стандартными схемами. Клинические алгоритмы должны оставлять ему возможность для индивидуального подхода к пациенту.

Дело в другом: современный врач за свою жизнь не успевает получить самостоятельный клинический опыт по всему спектру медицинских проблем. Поэтому алгоритмы для него — это вспомогательный инструмент, схемы действий в типичных случаях. Если лечение заболевания уже описано в рекомендациях профессионального сообщества,

основано на многочисленных клинических исследованиях, зачем гнаться за уникальностью? Если, скажем, ацетилсалициловая кислота и препараты, снижающие уровень холестерина, достоверно уменьшают риск смерти у пациентов с ишемической болезнью сердца, они должны быть назначены максимальному числу пациентов с таким заболеванием (тем, у кого нет противопоказаний).

Алгоритмы позволяют также гарантировать, что у лечения всегда есть конкретная цель. Это может быть и достижение некоторого показателя (уровня артериального давления, холестерина или содержания сахара в крови), и выполнение рекомендаций врача (отказ от курения, снижение массы тела). Целью может быть и применение доказанных методов диагностики и лечения, например компьютерной томографии пациентам с подозрением на инсульт и тромбоза (метод восстановления кровотока в сосудах) при подтверждении диагноза ишемического инсульта. При создании сети специализированных центров по лечению инсульта в Лондоне доля выполненного тромболитика выросла с 5 до 12%. В результате уровень смертности пациентов снизился на 25%, заметно сократилась длительность их пребывания в стационаре.

Новая мотивация

Самый же сложный вызов, стоящий перед современной системой здравоохранения, — это создать новую систему мотивации для врачей. Да, медики мира, безусловно, стремятся хорошо лечить пациентов и спасать жизни людей. Однако, погружаясь в ежедневную рутину, они порой не видят результат своей работы. Скажем, наблюдение за выздоровлением человека после операции ложится на плечи врачей, принимающих пациента по месту жительства. Да и выполнение рекомендаций терапевтов, особенно по лечению хронических заболеваний, не всегда возможно проконтролировать.

Именно поэтому важно мотивировать врачей индивидуально отслеживать результат, которого они добиваются для больных. В этом очень помогут упомянутые регистры пациентов с хроническими заболеваниями. Если врач и его руководство в состоянии через информационные системы отслеживать результаты лечения напрямую, они могут принимать оперативные решения о дальнейшей помощи. И во многом мотивация врача будет зависеть от того, насколько их руководители контролируют ведение регистров и результаты лечения.

Но эффективная мотивация не может быть основана только на контроле. Гораздо больший эффект дает прозрачность в работе отдельных врачей и медицинских организаций. Если цель становится видимой

и тому, кто напрямую заинтересован в ее достижении, и окружающим, вероятность ее достижения возрастает. Возможность видеть результаты работы других и демонстрировать свои достижения будет стимулировать медицинские организации и самих врачей к повышению качества своей работы. В Великобритании, скажем, работает популярный интернет-сервис NHS Choices («Выбор Национальной службы здравоохранения»), на котором все желающие могут посмотреть оценки медицинских учреждений по качеству оказания помощи, уровню инфекционного контроля, внутрибольничной летальности, рекомендациям персонала и пациентов и другим критериям. Это задает серьезные стимулы для всех включенных в этот реестр больниц и клиник.

И последнее, но, наверное, самое важное — необходимость повышения роли самого пациента в системе здравоохранения. Врач и пациент должны стать союзниками в достижении тех целей профилактики и лечения, о которых они договорятся. С одной стороны, пациенты должны чувствовать ответственность за собственное здоровье. И мир, в котором мы живем сейчас, дает для этого массу возможностей: персональные устройства и приложения, помогающие следить за своим физическим состоянием и заниматься спортом, развитие диагностики, методов индивидуального генетического анализа и т. д. Возросший интерес к своему телу будет подталкивать многих людей вести более здоровый образ жизни, а значит, и своевременно обращаться к врачу и соблюдать его рекомендации, проходить регулярные профилактические осмотры.

С другой стороны, и врачам нельзя больше ждать, пока пациент придет сам и попросит о помощи. Ожидание не только смерти подобно: оно приводит к дополнительным расходам, которых можно было бы избежать. И этому поможет интегрированное, выстроенное с прицелом на будущее взаимодействие системы здравоохранения и пациента, основные контуры которого описаны выше. Такая обновленная система должна создавать ценность для потребителя — повышать продолжительность и качество его жизни, — при этом разумно расходуя довольно ограниченные ресурсы. Ее построение потребует больших усилий и времени, но начинать нужно уже сейчас. *B*