



Надежда Свиридова. Фотосинтез.
60, 70. Бумага, акварель. 2012 г.

Усовершенствование методов работы врачей общей практики

Бен Ричардсон, Юлия Урожаева, Маша Фейгельман

Побудить врача общей практики¹ к существенному изменению привычных методов работы бывает весьма непросто. Однако в случае успеха можно повысить эффективность лечения пациентов и сократить затраты на здравоохранение.

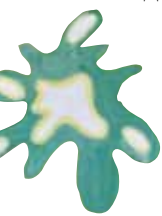
Первичная медицинская помощь (поликлиническая помощь) — важнейший элемент любой системы здравоохранения. Обращаясь за медицинской помощью, большинство людей сначала приходят на прием к врачу общей практики (терапевту), и именно с этим врачом пациентам приходится общаться чаще всего. Например, в Великобритании 70% всех обращений за медицинской помощью — это консультации у врачей общей практики². Кроме того, в большинстве систем здравоохранения врачи общей практики

¹ Врач общей практики — это терапевт, обладающий широким спектром навыков, что позволяет ему комплексно лечить наиболее распространенные заболевания, в том числе хронические, такие как диабет, астма, сердечные заболевания. Врачи общей практики как альтернатива терапевтам широко распространены в ведущих мировых системах здравоохранения. (Прим. пер.)

² Hansson E., McKenna S. Five strategies for improving primary care // *Health International*, 2009. No. 8. P. 68—77.

координируют медицинскую помощь каждому пациенту, что зачастую предполагает не только прием у врачей-специалистов и лечение в стационаре, но и уход на дому, реабилитацию и социальное обеспечение.

Понятие эффективной первичной медицинской помощи охватывает несколько аспектов: комплексное лечение, позволяющее удовлетворить большинство потребностей в услугах врачей; возможность получить медицинскую помощь при первом обращении к врачу с новой жалобой на здоровье; долгосрочное лечение с первоочередным вниманием к потребностям пациента (а не к особенностям развития заболевания); координацию других видов помощи. Известно, что при эффективном оказании первичной медицинской помощи можно улучшить результаты лечения пациентов, а также повысить качество и снизить стоимость данных услуг³.



В ходе наших исследований мы нашли этому объяснение: в большинстве систем здравоохранения расходы, непосредственно связанные с деятельностью врачей общей практики, составляют лишь небольшую часть от совокупных затрат, однако эти врачи контролируют около 80% всех затрат или могут частично влиять на их распределение. Кроме того, врачи общей практики играют важнейшую роль в ведении пациентов во время курса лечения, а также в координации помощи, ориентированной на конкретные нужды пациентов и на предупреждение развития заболеваний. Врачи общей практики могут влиять как на стоимость, так и на качество медицинского обслуживания. Для этого им необходимо не только анализировать и учитывать состояние здоровья населения в целом, чтобы определять приоритетные направления работы, но и сотрудничать с коллегами в рамках многопрофильных рабочих групп, а также объяснять пациентам, что в первую очередь именно они должны заботиться о своем здоровье. Чтобы помочь сократить затраты, врачи общей практики также могут, во-первых, направлять пациентов только к самым квалифицированным специалистам, когда необходимо проконсультироваться у врача узкой специализации; во-вторых, тщательно оценивать затраты, назначая те или иные анализы или виды лечения; в-третьих, строго следовать стандартизированным клиническим протоколам, в основе которых лежат методы доказательной медицины.

Таким образом, во многих странах мира первичное медицинское обслуживание рассматривается как важнейший элемент системы здравоохранения, позволяющий повысить качество медицинской

³ Starfield B. et al. Contribution of primary care to health systems and health // *Milbank Q*, 2005. No. 83. P. 457—502.

помощи и обеспечить контроль над затратами. Кроме того, оно играет ключевую роль в повышении ответственности и согласовании процессов в рамках оказания медицинской помощи.

Осуществить преобразования в системе первичного медицинского обслуживания довольно сложно. Нередко врачи общей практики не склонны менять привычные методы работы. Информационные системы, находящиеся в распоряжении врачей, зачастую недостаточно современны и не могут обеспечить их всеми необходимыми сведениями о пациенте. Во многих системах здравоохранения из-за недостатка ресурсов или наличия неправильных стимулов, которые предусматривают вознаграждение даже за не вполне качественную работу, не удастся повысить эффективность первичной медицинской помощи до необходимого уровня.

Тем не менее в сфере здравоохранения происходят перемены. За последние несколько лет в области ИТ-технологий был сделан существенный шаг вперед, а во многих системах здравоохранения внедряются модели возмещения расходов, ориентированные на показатели экономической эффективности. Примеры, рассмотренные в настоящей статье, показывают, что изменить методы первичного медицинского обслуживания хотя и сложно, но возможно.

В начале статьи мы кратко опишем факторы, которые сегодня не позволяют оказывать первичную медицинскую помощь достаточно эффективно. Затем мы проанализируем четыре элемента, которые в бихевиоризме (науке о поведении человека) рассматриваются как условия, необходимые для изменения поведения людей: объяснение и убеждение, личный пример, развитие способностей и навыков, а также использование формальных механизмов поддержки преобразований⁴. Кроме того, мы опишем несколько практических инновационных программ, проиллюстрировав с их помощью, как можно использовать эти элементы, чтобы изменить поведение врачей и таким образом повысить не только качество медицинской помощи, но и эффективность системы здравоохранения.

Проблемы оптимизации работы амбулаторного звена

Повышению эффективности амбулаторного звена могут препятствовать несколько факторов. Ниже будут рассмотрены самые существенные из них.

⁴ Lawson E., Price C. The psychology of change management // *McKinsey Quarterly*, June 2003. P. 31—41.

Фрагментация. В большинстве стран первичное звено характеризуется высокой степенью фрагментации, и это не способствует быстрому совершенствованию процессов в масштабах всей системы здравоохранения. Например, в Австралии в средней поликлинике работают лишь 3,5 врача⁵. В Великобритании этот показатель в среднем составляет 4 врача⁶. Как правило, врачи общей практики работают независимо друг от друга, и какие-либо формальные связи между ними практически отсутствуют.

Недостаточная координация и обмен информацией. В большинстве систем здравоохранения предполагается взаимодействие врачей общей практики с другими врачами и учреждениями, также оказывающими их пациентам медицинскую помощь, однако лишь в немногих системах предусмотрены механизмы для координации совместной работы. Кроме того, во многих системах здравоохранения не внедрены механизмы, позволяющие в удобной форме предоставлять врачам общей практики достоверную и актуальную информацию о том, какую медицинскую помощь пациенты получают в других учреждениях (особенно в стационарах и скорой помощи), какова стоимость тех или иных видов лечения и каково качество обеспечиваемого обслуживания. В результате многие врачи общей практики не могут получить полного представления о том, в какой медицинской помощи нуждаются их пациенты, или определить, в каких аспектах их собственной работы необходимо повысить эффективность. Даже управленцы высшего звена в системе здравоохранения порой обладают лишь ограниченной информацией о том, какова в целом эффективность работы подотчетных им учреждений первичного звена.

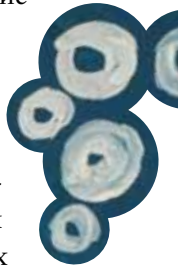
Отсутствие четкого представления о причинах низкой эффективности здравоохранения. Из-за недостатка информации врачам общей практики, помимо прочего, сложно понять, каким образом их деятельность связана с низкой эффективностью системы. Один из опрошенных нами терапевтов, работающий в поликлинике, отметил: «Я не знаю ни одного врача, который не пытался бы понять, как ему работать эффективнее... Я просто слабо себе представляю, что именно мне нужно изменить в своей повседневной работе». Недавние исследования, проведенные McKinsey, показали, что многие врачи готовы менять свои методы работы, однако считают, что повлиять на эффективность системы они не могут⁷.

⁵ Carne A. et al. Summary Data Report of the 2010—2011 Annual Survey of Divisions of General Practice // Primary Health Care Research and Information Service (Australia), 2012.

⁶ General practice trends in the UK // Сайт Национальной службы здравоохранения Великобритании (NHS) http://www.ic.nhs.uk/webfiles/publications/TSC/General_Practice_Trends_in_the_UK.pdf. Версия по состоянию на март 2011 г.

⁷ Опрос 1402 американских врачей, проведенный McKinsey в 2011 г.

Нехватка руководителей в медицинских учреждениях. Все больше фактов свидетельствует о том, что руководители медицинских учреждений играют важнейшую роль в повышении эффективности медицинской помощи и качества медицинских услуг, однако зачастую организациям системы здравоохранения с трудом удается убедить врачей лично возглавить преобразования и работу по повышению эффективности⁸. Как показывают наши исследования, врачи не стремятся становиться руководителями медицинских учреждений по трем причинам. Во-первых, многие из них не хотят тратить время на управленческую работу, сомневаясь в том, что это принесет какую-либо пользу (при этом для них очевидна польза, которую приносит лечение пациентов). Во-вторых, стимулы для руководителей зачастую малопривлекательны, а в ряде случаев условия труда управленцев даже хуже, чем у врачей. Преимущества работы на руководящей должности с точки зрения карьеры отнюдь не очевидны, а во многих системах здравоохранения руководителям платят меньше, чем практикующим врачам, если их работа связана с выполнением рутинных управленческих обязанностей. Наконец, в-третьих, лишь в немногих системах здравоохранения предпринимаются попытки развития навыков, необходимых руководителям медицинских учреждений.



Комплексный подход к преобразованиям

Как показывают обширные исследования в области бихевиоризма, наибольшее значение для изменения поведения человека имеют четыре аспекта (см. схему 1 на с. 44). Эти аспекты в полной мере применимы и к врачам общей практики. Во-первых, люди готовы менять свое поведение лишь в том случае, если они понимают смысл этого изменения и соглашаются с его необходимостью (по крайней мере, настолько, чтобы попробовать измениться). Во-вторых, людям необходимо видеть, что те, кто является для них авторитетом, тоже меняют свое поведение. В-третьих, для того чтобы освоить новые модели поведения, людям нужны соответствующие навыки. Наконец, в-четвертых, переменам в поведении должны способствовать изменения в системных механизмах работы (таких как система мотивации и вознаграждения).

Как показывает наш опыт, программа преобразований позволяет достичь наилучших результатов при условии, что она охватывает сразу все эти четыре аспекта и для решения поставленных задач используется множество средств воздействия. Если какой-либо из указанных аспектов остается без внимания, то шансы на успех снижаются. Например, людей можно побудить изменить поведение

⁸ Mountford J., Webb C. When clinicians lead // *Health International*, December 2009. No. 9. P. 18—25.

СХЕМА 1

Четыре компонента, необходимые для изменения методов работы врачей амбулаторного звена

Источник: анализ McKinsey.

с помощью стимулов и обучения, но если они не вполне понимают, зачем это нужно, то сохранить достигнутый эффект, вероятно, будет весьма непросто. При этом люди могут хотеть измениться, но без подходящих способностей, навыков или формальных механизмов поддержки это может оказаться непосильной задачей. Принципиальное значение в этом отношении имеет личный пример. Всего один поступок руководителя, идущий вразрез с тем, что требуется от его подчиненных, может свести на нет все усилия по проведению преобразований. Если же эффективно применяются все четыре компонента, можно существенно изменить образ мышления и поведенческие стереотипы врачей (см. схему 2).

Объяснение и убеждение

Для врачей большое значение имеет их собственное особое понимание потребностей пациентов и научных фактов, лежащих в основе клинической практики. По этой причине крайне маловероятно, что они станут поддерживать какую-либо программу преобразований, если их не убедить в ее необходимости и не дать им возможности самим активно участвовать в ее разработке. Чтобы убедить врачей в необходимости преобразований, обычно нужно выполнить три условия. Во-первых, предоставить

СХЕМА 2


Изменения в образе мышления и поведенческих стереотипах, необходимые для осуществления преобразований в амбулаторном звене

К ЧЕМУ НЕОБХОДИМО СТРЕМИТЬСЯ	ЧЕГО НЕОБХОДИМО ИЗБЕГАТЬ
<p>Назначать только те процедуры, которые проводятся в медицинском учреждении достаточно часто</p> <p>Уделять больше времени обучению пациентов, объясняя им, почему необходимо строго выполнять указания врача, а также контролю и корректировке курса лечения</p> <p>Достигать эффекта масштаба, обеспечивая консолидацию или централизацию</p> <p>Активно внедрять клинические протоколы и строго их придерживаться</p> <p>Брать на себя ответственность за стоимость и качество лечения вне амбулаторного учреждения</p> <p>Проводить регулярные совещания сотрудников практики, а также работать с коллегами в рамках многопрофильных групп</p>	<p>Выписывать направления, в которых нет необходимости</p> <p>Назначать дорогостоящие и малоэффективные процедуры и диагностические исследования, а также заказывать ненужные расходные материалы</p> <p>При лечении хронических заболеваний полагаться в основном на лекарства, не стараясь изменить поведение пациента</p>

Источник: анализ McKinsey.

нескольким врачам возможность собрать необходимую информацию (особенно ту, которая подтверждает, что преобразования помогут повысить качество обслуживания пациентов или хотя бы не приведут к его снижению). Во-вторых, интерпретировать эту информацию так, чтобы она убедительно подтверждала необходимость в преобразованиях. Наконец, в-третьих, с помощью различных каналов информационного взаимодействия и простых повторяющихся сообщений донести эту информацию до других врачей так, чтобы они ее хорошо поняли. Ниже рассмотрены две программы преобразований, в рамках которых врачам объясняют, почему изменения необходимы и почему им следует принять участие в программе.

Проект по лечению диабета (Diabetes Care Project — DCP) в Австралии. Проект DCP, охватывающий 150 поликлиник и около 7,5 тыс. человек, страдающих диабетом, призван помочь улучшить результаты лечения пациентов, по возможности обеспечить пациентам хорошее состояние здоровья в долгосрочной перспективе, а также повысить доступность амбулаторного лечения. Проект пока находится на начальном этапе реализации, однако он уже позволяет наметить перспективы развития методов, применяемых для лечения хронических болезней в Австралии.



Для успешной реализации проекта врачам общей практики необходимо существенно изменить свои поведенческие стереотипы (например, переориентировать приоритеты в работе с лечения отдельных пациентов на управление лечением диабета у населения в целом), поэтому аргументация в пользу преобразований подготавливалась с особой тщательностью. Врачи составили комментарии к программе преобразований, описав бессистемность подхода к лечению диабета в их практиках на тот момент. Они подчеркнули, что в рамках поликлиник сложно классифицировать пациентов по степени риска, обеспечивать целевое распределение ресурсов или побуждать пациентов к активному участию в процессе лечения. Помимо этого, в рамках проекта ДСР был запущен удобный интерактивный сайт и налажен выпуск ежемесячной газеты для сотрудников практик, участвующих в проекте. Сайт и газета позволяют распространять информацию о том, как продвигается реализация программы в целом, рассказывать о поликлиниках, которым удалось добиться реальных успехов, отмечать ведущих специалистов и сообщать о последних достижениях научной мысли в сфере профилактики и лечения диабета, а также отслеживать показатели эффективности отдельных поликлиник по результатам основных этапов.

Регион Торбей в Великобритании. Сегодня в регионе Торбей, расположенном в юго-западной части Великобритании, проживает большое количество пожилых людей, многие из которых страдают несколькими хроническими заболеваниями. Осознав, что ненадлежащая координация в здравоохранении негативно сказывается на здоровье и качестве жизни этих людей (а также приводит к росту расходов), власти региона решили создать интегрированную систему медицинского и социального обслуживания. Эти преобразования должны значительно повлиять на деятельность местных врачей общей практики, которым придется существенно изменить свой подход к оказанию медицинской помощи.

Чтобы объединить врачей и других медицинских работников вокруг идеи о необходимости преобразований, руководство Торбея предложило им поучаствовать в описании опыта и истории болезни типичного пациента — «миссис Смит», одинокой пожилой вдовы с многочисленными заболеваниями. Так на примере одного человека было продемонстрировано, с какими сложностями сталкиваются пожилые люди, пытаясь обратиться за помощью в местные поликлиники и социальные службы (например, им приходится по многу раз пересказывать одно и то же сотрудникам разных учреждений и повторно проходить одни и те же обследования). Кроме того, были описаны проблемы, возникающие из-за того, что между учреждениями здравоохранения плохо налажен обмен информацией.

К большинству врачей общей практики Торбея приходит множество таких пациентов, как миссис Смит, поэтому им было легко понять, каким образом создание более интегрированной системы медицинского обслуживания и изменение подходов к оказанию медицинской помощи позволят улучшить результаты лечения⁹. Врачи стали менять свои методы работы в самых разных аспектах. Например, они унифицировали процесс медицинского обследования всех пожилых пациентов, а также намного активнее сотрудничают с коллегами из других учреждений.

Личный пример

Люди, которые своими действиями способны побудить других к изменению поведения, — важнейшие участники любой программы преобразований. Личный пример может подавать любой сотрудник организации, будь то руководитель, коллега или подчиненный. Однако особенно важно, чтобы образцом для подражания было высшее руководство. Если руководитель говорит или делает что-либо не способствующее необходимым преобразованиям, это может привести к неблагоприятным последствиям в долгосрочной перспективе. Ниже представлен ряд примеров, показывающих, как можно добиться того, чтобы личный пример давал более ощутимый эффект.

Развитие руководящих кадров. В конце 1990-х гг. одна медицинская страховая компания столкнулась со снижением эффективности медицинского обслуживания и ухудшением финансовых показателей, а ее лучшие врачи стали уходить в частную практику или в конкурирующие организации. Таким образом, приоритетной задачей для компании стало развитие кадров для руководства медицинскими учреждениями. Она усовершенствовала свои программы подготовки руководящих кадров так, чтобы охватываемые этими программами технические навыки соотносились с собственными потребностями участников. Например, руководителю поликлиники можно помогать развивать навыки, необходимые для планирования деятельности учреждения, работы в многопрофильных группах специалистов и проведения групповых визитов. Компания также призвала врачей, обладающих определенными ценными навыками, такими как способность к межличностному взаимодействию, делиться опытом и обучать коллег. За пять лет качество лечения в регионе существенно выросло, уровень удовлетворенности пациентов также повысился, текучесть кадров снизилась, а показатели EBITDA значительно возросли.

⁹ Lavender A. Creation of a care trust: managing the project // *Journal of Integrated Care*, 2006. Vol. 14. P. 14—22.

Прозрачные требования к руководителям. Медицинские организации, активно развивающие своих сотрудников, формулируют четкие требования к будущим руководителям, к их личным качествам, знаниям и навыкам. Например, больница Heart of England NHS Foundation Trust в Великобритании и больница New York-Presbyterian Hospital в США разработали подробные требования к руководителям медицинских учреждений, работающим на разных уровнях организации. Это позволило им составить точные целевые программы развития сотрудников и подготовить то количество руководителей, которое необходимо для удовлетворения потребностей организации.

Развитие способностей и навыков

Чтобы повысить качество работы амбулаторного звена, врачам общей практики необходимо изменить привычные методы работы, однако для этого им нужно овладеть новыми навыками. Чтобы помочь людям приобрести эти навыки, можно использовать целый ряд методов: проводить конференции по обмену опытом между специалистами из разных областей медицины, реализовывать программы обучения, проводить регулярные еженедельные занятия, использовать возможности электронного обучения, а также распространять печатные учебные материалы.

Ниже рассмотрено несколько примеров эффективных программ по развитию навыков.

Создание площадок для обмена знаниями и опытом. Руководители одной крупной медицинской страховой компании, обеспокоенные тем, что затраты растут, а качество медицинской помощи почти не повышается, решили, что самый действенный способ сократить затраты и в то же время улучшить качество лечения — это повысить эффективность амбулаторного звена. Компания поставила целью поощрять терапевтов, которые активно занимаются координацией лечения пациентов и профилактических мероприятий. В рамках комплексной программы преобразований компания создала учебные площадки — ежемесячные совещания, позволяющие всем врачам обмениваться опытом и знаниями с коллегами. Такие совещания открывают перед участниками разные возможности: коллеги могут делиться опытом улучшения клинических показателей, эксперты — выступать с презентациями по интересующим темам, а группы в целом могут планировать реализацию перспективных программ по совершенствованию. Уже в первый год программа преобразований позволила значительно снизить стоимость медицинского обслуживания пациентов, относящихся к группе высокого риска, — в основном за счет предотвращения обострений, таким образом сокращая потребность в вызовах скорой помощи

и госпитализации. Помимо этого, медицинским учреждениям удалось улучшить показатели качества медицинской помощи (например, показатели эффективности обследований на выявление онкологических заболеваний и показатели лечения диабета). Большинство врачей, принявших участие в программе, отнеслись к таким результатам с большим энтузиазмом. Многие из них заявили, что она открыла перед ними новые возможности и побудила активнее использовать методы прогнозирования при работе с пациентами, сосредоточивать внимание на результатах и повышать качество лечения.

Использование института кураторов пациентов. В медицинском центре AtlantiCare Special Care Center (SCC) для повышения качества медицинской помощи пациентам, страдающим хроническими заболеваниями, врачи пользуются услугами кураторов пациентов. В SCC предоставляют комплексную медицинскую помощь более чем тысяче пациентов, большинство из которых — малообеспеченные иммигранты. Руководят процессом медицинского обслуживания два врача общей практики, которым помогают восемь кураторов, владеющих как минимум двумя языками. Кураторы сопровождают новых пациентов во время первичных осмотров, в ходе которых те проходят комплексное обследование. Впоследствии они лично общаются с каждым пациентом не реже одного раза в две недели.

Основные требования, которые предъявляются к кураторам пациентов при приеме на работу, — не наличие опыта работы в медицинских учреждениях, а знание особенностей других культур, владение иностранным языком и эмоциональная отзывчивость, поэтому в близлежащем медицинском центре с ними периодически проводят учебные занятия и курсы первичной медицинской помощи (например, их учат пользоваться глюкометром). Кроме того, в SCC ежедневно проводят 45-минутные совещания с участием всего персонала. В ходе этих совещаний рассматриваются и обсуждаются медицинские и психологические потребности пациентов, которым планируется оказывать помощь в течение предстоящего дня.

Инновационный подход SCC к лечению пациентов позволил организации существенно сократить расходы на лечение. Например, учреждение снизило количество пациентов, помещаемых в отделения неотложной помощи или в стационар, на 40%, количество операций — на 25%, продолжительность пребывания в стационаре — на 8%¹⁰, а стоимость одного дня стационарного обслуживания — на 18%¹¹.

¹⁰ Gawande A. The hot spotters: can we lower medical costs by giving the neediest patients better care? // *New Yorker*, 2011, January 24. P. 40—51.

¹¹ Blash L. et al. The Special Care Center — a joint venture to address chronic disease // Центр профессионального развития работников здравоохранения (Center for the Health Professions) при Калифорнийском университете, Сан-Франциско. Презентация проведена в феврале 2011 г.



Использование института координаторов по медицинским и социальным вопросам. В рамках программы по созданию интегрированной системы медицинского обслуживания в регионе Торбей в Великобритании была учреждена новая должность — координатор по *медицинским и социальным* вопросам. Координаторы не обладают медицинскими знаниями и навыками. Они взаимодействуют с пациентами, их родственниками и медицинскими учреждениями. Участковые координаторы владеют информацией о том, какие пациенты находятся в нестабильном состоянии, а какие в данный момент не нуждаются в срочной медицинской помощи. Они заранее выявляют потребности в медицинском обслуживании, взаимодействуя с врачами разной специализации и социальными работниками, чтобы надлежащим образом организовывать и корректировать программы лечения каждого пациента. Помимо этого, они обеспечивают эффективный обмен информацией между всеми организациями.

Другие координаторы, работающие в стационарах, занимаются планированием выписки. Совместно с участковыми координаторами они организуют лечение таким образом, чтобы пациентов можно было выписать сразу, как только позволят медицинские показания, и обеспечить им надлежащее амбулаторное лечение, чтобы снизить риск повторной госпитализации. Такой подход позволил властям Торбей значительно снизить продолжительность пребывания пожилых пациентов в стационаре (теперь этот показатель в среднем на 30% ниже, чем в Англии в целом). Кроме того, программа позволила уменьшить количество людей, повторно помещаемых в стационар, и сэкономить значительные средства.

Использование формальных механизмов мотивации

Для того чтобы закрепить результаты программы преобразований и сохранить ее эффект в долгосрочной перспективе, крайне важно, чтобы основные процессы и механизмы системы здравоохранения, в том числе информационные, а также системы стимулирования и управления (например, управления эффективностью) поддерживали те изменения в методах работы, которые требуются от врачей. Ниже рассмотрено несколько формальных механизмов, которые успешно используются для поддержки преобразований.

Поддержка врачей в принятии решений и управление эффективностью. Частная клиника ChenMed специализируется на оказании медицинской помощи пожилым пациентам, страдающим несколькими хроническими заболеваниями. Центральная роль в работе ChenMed отводится врачам общей практики. В орга-

низации используют инновационный инструментарий для поддержки врачей в принятии решений, а также надежную систему управления эффективностью. Под управлением компании находится более 20 центров в юго-восточной части США. Чтобы обеспечить высокое качество медицинского обслуживания, компания уделяет особое внимание ответственности врачей общей практики и оценке эффективности работы врачей. В каждом центре три раза в неделю проводятся совещания врачей и обсуждаются пациенты, в лечении которых не удалось добиться удовлетворительных результатов, а также анализируются все случаи госпитализации, чтобы понять, как их можно было предотвратить.

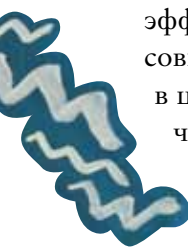
В компании ChenMed также используют программное обеспечение собственной разработки, которое помогает врачам в принятии решений и позволяет получить четкое представление о показателях эффективности. Данная технология реализована на портативных планшетах. Это обеспечивает медсестрам и врачам легкий доступ к стандартизированным клиническим протоколам. При этом все данные хранятся в облаке, доступ к которому осуществляется через компьютерную сеть, а автоматизированная система позволяет с помощью оценок-«звездочек» отслеживать показатели эффективности как отдельных врачей, так и каждого центра в целом. Контролируются, в частности, такие показатели, как количество пациентов, оказавшихся в стационаре, в том числе повторно, а также результаты лечения и время ожидания приема пациентами.

Технология ChenMed позволила компании уменьшить количество пациентов, оказывающихся в стационарах, в том числе направляемых на повторную госпитализацию. В настоящее время эти показатели соответственно на 18 и 17% ниже, чем в среднем по стране¹².

Автоматизированные системы мониторинга показателей эффективности. В районе Лондона Тауэр-Хэмлетс долгое время не было эффективной системы амбулаторного лечения, что обуславливало низкую эффективность лечения хронических заболеваний. Чтобы преодолеть эти проблемы, управление Национальной службы здравоохранения Великобритании (NHS) в Тауэр-Хэмлетсе решило реализовать пробную программу по профилактике и лечению диабета и определить, удастся ли повысить степень интеграции процессов в системах первичной медицинской помощи и обеспечить врачам более качественную поддержку со стороны коллег. Программа ставила целью сформировать многопрофильные группы медицинских специалистов (состоящие из врачей общей практики, медсестер

¹² Moukheiber Z. Concierge medicine for the poorest // *Forbes Online*, 2012, February 23.

и других медработников), чтобы предоставить всем пациентам, страдающим диабетом, индивидуальную хорошо скоординированную медицинскую помощь.



Чтобы обеспечить прозрачность информации о ходе реализации программы, в управлении NHS по району Тауэр-Хэмлетс разработали автоматизированные системы мониторинга показателей эффективности, позволяющие отслеживать клинические и финансовые результаты работы отдельных учреждений и системы в целом. В районе создали интегрированную ИТ-систему, обеспечивающую взаимодействие между амбулаторными учреждениями — скорой и неотложной помощью, стационарами и аптеками. На основе данных из этой системы составлялись отчеты, охватывающие ряд клинических показателей (например, уровень гликированного гемоглобина или холестерина) и показателей, связанных со стоимостью медицинских услуг (например, количество обращений и перечень услуг скорой и неотложной помощи, а также стационаров).

Программа дала ощутимый эффект. За первый год на 11% выросло количество пациентов, которым удалось стабилизировать показатели давления, на 10,4% — людей с нормальным уровнем холестерина, на 7,7% увеличилось число пациентов, которым удалось стабилизировать уровень глюкозы, и на 600% больше пациентов воспользовались программами медицинской помощи больным диабетом. Как показывают результаты финансового моделирования, эти преобразования позволят NHS на 12—14% снизить затраты на внеплановую медицинскую помощь, включая скорую и неотложную помощь, а также стационарное лечение.

Изменения в штатной структуре и системе стимулирования. Руководство крупной системы медицинских учреждений Geisinger, центральная роль в работе которой отводится врачам общей практики, решило повысить качество обслуживания пациентов с хроническими заболеваниями и снизить соответствующие затраты. Чтобы обеспечить пациентов, страдающих хроническими заболеваниями, высококачественной медицинской помощью, была разработана программа ProvenHealth Navigator по развитию центров индивидуального медицинского обслуживания. В рамках этой программы учреждены должности координаторов работы младшего и среднего медицинского персонала, координирующих амбулаторное лечение пациентов. Электронная система ведения медицинских карт позволяет Geisinger классифицировать пациентов по степени риска и рассылать врачам и пациентам информацию об услугах по профилактике и лечению хронических заболеваний.

Программа также предусматривает различные финансовые стимулы, которые используются для поощрения врачей общей практики, обеспечивающих высокое качество медицинского обслуживания. Например, в случае достижения целевых показателей качества медицинским работникам выплачиваются премии по результатам работы.

За первые два года реализации программы ProvenHealth Navigator количество обращений за медицинской помощью со стороны зарегистрированных пациентов снизилось на 18%, количество случаев повторной госпитализации — на 36%, а средние затраты на одного пациента сократились на 7%¹³. Как показывают результаты более поздних исследований, по мере дальнейшей реализации программы количество людей, помещаемых в стационары, продолжает снижаться.

Простого или быстрого способа изменить методы работы врачей амбулаторного звена не существует. Но, чтобы отвечать современным требованиям к качеству и стоимости медицинской помощи, проводить преобразования совершенно необходимо. Обеспечить ощутимый эффект от преобразований и сохранить его в долгосрочной перспективе можно только в том случае, если врачи общей практики будут принимать непосредственное и активное участие в разработке соответствующих программ. Они возьмут на себя такую роль лишь тогда, когда убедятся, что изменения необходимы. Кроме того, чтобы развивать успех программы преобразований в течение длительного времени, необходимы формальные механизмы поддержки, программы развития навыков и личный пример со стороны руководителей, коллег и подчиненных. Возможно, решить эту задачу будет весьма непросто, но усилия того стоят: в случае успеха можно повысить эффективность лечения пациентов и сократить затраты на лечение. *B*

¹³ Gilfillan R. J. et al. Value and the medical home: effects of transformed primary care // *The American Journal of Managed Care*, 2010. Vol. 16. P. 607—614.