

Конкуренция за пациента

Шесть тезисов об эффективном здравоохранении от гарвардского экономиста Майкла Портера

Население самых зажиточных стран стареет, и бремя расходов на здравоохранение становится непосильным даже для них. По мнению Майкла Портера, выход не в том, чтобы снижать расходы или перекладывать их на пациентов, а в том, чтобы повысить ценность медицинских услуг. Ценность он определяет как соотношение эффекта от лечения с расходами на него.

Много лет больницы и другие медицинские учреждения были защищены от конкурентного давления, влияющего на другие отрасли. Теперь же для них пришло время конкурировать за пациентов. Об этом Портер рассуждает в своих многочисленных публикациях и интервью. И это — идея его книги «Переосмысление системы здравоохранения. Как создать конкуренцию, основанную на ценности и ориентированную на результат», написанной в 2006 году в соавторстве с профессором медицины Элизабет Тайсберг.

Подход Майкла Портера предусматривает шесть ключевых шагов.

1. Создание подразделений комплексной помощи

Структурирование медицинской помощи не по специализации врачей, а по распространенным патологиям. Цель состоит

в том, чтобы медучреждение занималось не только конкретной болезнью, но и связанными с ней состояниями и осложнениями, оказывало весь спектр услуг, необходимых для излечения. В первичной медицине этот подход можно применить, разделив пациентов на группы по состоянию здоровья и потребностям (например: дети, здоровые взрослые, люди со сложными хроническими заболеваниями, пожилые люди).

В качестве примера Портер приводит созданный в 2005 году Западнонемецкий центр по проблемам головных болей. Мигрени могут быть вызваны различными причинами, но обычный терапевт вряд ли «докопается» до них и скорее всего просто назначит препараты, снимающие симптомы. При этом пациенту сложно определиться, к какому именно специализированному врачу обращаться с данной проблемой. В вышеупомянутом Центре пациент в день прибытия попадает к неврологу, психологу и физиотерапевту, которые ставят общий диагноз. Далее больного могут принять в стационар либо направить на занятия по техникам релаксации, физиотерапию или психотерапию.

Такой подход оказался эффективным. Опрос пациентов клиники показал, что 58% из них пропускают по причине мигреней более шести рабочих дней в месяц. После лечения этот показатель снизился до 11%.



Donal Jones / NACSLM

Гарвардский экономист Майкл Портер широко известен как специалист в области конкурентных стратегий. В последнее десятилетие один из главных его интересов — медицинские реформы

2. Измерение эффектов от лечения, а также расходов по каждому пациенту

Публикацию данных об эффективности лечения Портер считает очень важной для отрасли. При этом в измерении эффективности не стоит ограничиваться такими показателями, как уровень смертности. Обнародование результатов, которые важны для пациентов, создает здоровую конкуренцию и служит хорошим стимулом для повышения качества оказываемых услуг. Например, в США после начала публикации данных по эффективности клиник репродуктивной медицины в 1997 году количество успешных ЭКО стало стремительно расти.

Не менее важно правильно измерить стоимость полного цикла лечения пациента с определенным заболеванием. Существующие в медучреждениях системы учета фокусируются на отделениях, а не пациентах, а потому дают недостоверную оценку стоимости лечения отдельно взятых больных и патологий. Продвинутое системы учета дают

возможность более эффективно распределять ресурсы. К примеру, в Клинике по изучению позвоночника (Сизтл, США) посчитали, что стоимость оказания услуги составляет \$4 в минуту для хирурга-ортопеда, \$2 — для терапевта и чуть менее \$1 — для медсестры или физиотерапевта.

Существующие оценки расходов свидетельствуют в пользу идеи комплексной терапии. Так, в Западнонемецком центре по проблемам головных болей лечение одного пациента обходилось на 30% дешевле, чем в среднем по стране для страдающих мигренью. Экономия возникла благодаря отказу от многих обследований, которые назначают менее опытные врачи.

3. Плата за пакеты медицинских услуг

По мнению Портера, платежи из расчета на одного человека, равно как и плата за отдельные услуги не способствуют максимизации ценности в здравоохранении. Эффективнее использовать пакеты, покрывающие весь спектр услуг для острых и хронических заболеваний на определенный период (к примеру, год). Именно такая система оплаты, полагает экономист, может стимулировать командную работу и повышение эффективности.

Портер утверждает, что в этом убедились в Стокгольмском окружном совете, внедрив в 2009 году пакетные услуги по замене бедренных и коленных суставов. Результатом стало снижение расходов, рост удовлетворенности пациентов и улучшение эффектов во многих случаях.

В качестве примера Майкл Портер упоминает и американский Walmart, который в 2012 году предложил сотрудникам пакеты «все включено» в ведущих клиниках, специализирующихся на хирургии сердца и позвоночника. Остался ли ритейлер доволен своим экспериментом, не известно. Но любопытно, что в прошлом году он начал создавать собственную сеть дешевых клиник первичной медицины для обслуживания сотрудников.

4. Устранение фрагментации и дублирования услуг

Расширение сети медучреждений, чтобы у пациентов было как можно больше точек доступа к услугам, Портер считает идеей устаревшей и несовместимой с принципом максимизации ценности. Лучше всего лечат, оперируют и выхаживают те, чьи навыки отточены на большом потоке пациентов.

Важно выбрать правильную локацию для каждой услуги. Например, детская больница в Филадельфии существенно снизила расходы, перестав выполнять рутинные процедуры в своем главном здании. Они были перенесены в пригородные амбулатории, а операционные и персонал головной конторы освободились для более сложных процедур.

5. Географическая экспансия

Чтобы масштабировать ценность, Портер призывает ведущие центры к экспансии. Делать это можно двумя способами. Первый — путем создания новых филиалов, куда направляются врачи из материнской организации. Второй — через использование мощностей существующих медучреждений, а также опыта и репутации материнской организации. По второму пути пошел один из пионеров комплексной помощи — Институт сердца и сосудов при Клинике Кливленда, наладив партнерство с 19 больницами. При этом партнерство означало не просто новую вывеску и маркетинговую кампанию, но и жесткое соблюдение стандартов работы. Со временем результативность лечения в аффилированных больницах достигла уровня института.

Портер полагает, что регулирующие органы должны устанавливать минимальные объемы (поток пациентов в единицу времени) для распространенных медицинских состояний. И те небольшие региональные медучреждения, которые не достигают требуемого минимума, должны принудительно присоединять-

Что предлагает Минздрав

Министр здравоохранения Украины Александр Квиташвили на заседании правительства 27 мая 2015 года представил первый законопроект по реформированию медицины. Рассмотрим его основные идеи.

- Автономия** медицинских учреждений. Правовой статус — с бюджетных на государственные или коммунальные предприятия/хозяйственные общества.
- Децентрализация** Местные власти сами определяют правовой статус медицинских учреждений. Медучреждения самостоятельно управляют бюджетами и привлекают средства доноров.
- Финансирование: от койко-мест — к услугам**
- Разделение функций** заказчика и поставщика услуг. Местные власти заказывают у медучреждений необходимые населению медицинские услуги. Стоимость рассчитывается на основании протоколов лечения.
- Единая информационная система** Управление расходами заказчиков услуг, унифицированный реестр пациентов. Финансирование: Всемирный банк.
- Оплата труда медиков** От фиксированных ставок — к оплате за услуги по контракту между медицинским учреждением и сотрудником.

ся к более продвинутому учреждению.

6. Полезная IT-платформа

В единой базе данных должны храниться заключения врачей, снимки, результаты анализов и прочие сведения, доступные для всех вовлеченных сторон. К примеру, приходящей медсестре необходимо иметь доступ к заметкам врача, и наоборот. Общая IT-платформа упростит кооперацию между подразделениями комплексной помощи, а также измерение эффектов лечения и расходов на каждого пациента. ●

Наталья Задерей