

Определение приоритетов для формирования государственных гарантий в здравоохранении

Калинин А.М., Шейман И.М., (ГУ-ВШЭ)
Конференция ГУ-ВШЭ, Москва, 7-9 апреля 2009 г.

Структура:

- Актуальность проблемы
- Направления и методология определения приоритетов (ОП), роль экономических оценок
- Практические подходы к ОП в западных странах
- Выводы и рекомендации для РФ

Актуальность проблемы ОП

Западные страны:

- новые медицинские технологии (МТ)
- ставится под сомнение принцип клинической автономии врача
- недовольство имплицитным рационированием

Требования эксплицитного определения гарантий и ясных правил рационирования медицинской помощи – через определение приоритетов

Актуальность для России

Дополнительно:

- Стихийное нарастание платности и необходимость конкретизации государственных гарантий помощи
- Конкретизация на основе стандартов
- Ясно, что все не потянем.

Главный вопрос

Реально ли эксплицитное ранжирование заболеваний и конкретных медицинских технологий и их включение (исключение) в пакет гарантии?

Междисциплинарный подход к ОП:

- **Эпидемиология:** потери общества от смертности и заболеваемости. Основа для расчета DALY, QALY и проч.
- **Медицина:** оценка клинической эффективности медицинских технологий (МТ), разработка стандартов
- **Экономика:** коэффициенты «затраты-выгоды»
- **Политология:** ОП в контексте общественных ценностей; процесс принятия решений

Два взаимосвязанных направления ОП

1. Выделение круга заболеваний, лечение которых является приоритетом (макро уровень). Оценка:

- ущерба от преждевременной смертности и заболеваемости
- экономической эффективности лечения этих заболеваний
- действия прочих факторов

2. Определение перечня приоритетных МТ лечения выбранных заболеваний (микро уровень) - сравнение большого числа альтернативных технологий. Стандарт.

Теоретически: гарантии определяются как сумма приоритетных МТ для выбранных заболеваний

Практически: гарантии устанавливаются по ограниченному набору заболеваний с выделением некоторых наиболее приоритетных МТ

Причины ограниченного подхода:

- огромный объем работы
- недостаток информации
- нерешенные методологические проблемы

Главное: приходится учитывать много других факторов

Дополнительные факторы ОП:

- Социальные предпочтения и «правило спасения»
- «Катастрофические» затраты
- Группы с разными интересами - сложность достижения общественного консенсуса
- Необходимость учета распределения достигаемого эффекта – проблема учета неравенства. Норд: достижение 1 QALY может быть равно спасению жизни одного человека, а может означать излечение двух, каждый из которых достигает состояния 0,5 QALY

Учет неравенства

- Взвешивание показателей здоровья для разных групп населения
- Обсуждение разных подходов выделения этих групп

Методологические проблемы экономической оценки

1) *Неопределенность в отношении параметров результатов*

допущения о вероятностях субъективны
выявленные зависимости не всегда носят линейный характер

2) *Нельзя использовать результаты оценок в других условиях:*

- долечивание в домах сестринского ухода в США очень эффективно, в России не очень
- использование дорогого ЛС может быть эффективно в Москве (снижает дорожную СП), но не в Дагестане

Анализ по 9 странам:

1) Определение перечня заболеваний с попыткой исключить некоторые из них:

Удачно – Орегонский план в *США, Чили*

Неудачно - Нидерланды, Швеция, Норвегия, Дания

2) Определение перечня гарантируемых МТ – поиск частичных решений

Орегонский план – перечень МТ (гемодиализ, шунтирование и др.)

Израиль, Великобритания – в части новых медицинских технологий

Новая Зеландия – оценка широкого набора технологий с акцентом на выделение наименее эффективных. Нет перечня приоритетных МТ, но есть *рекомендации* по их соотношению в лечении отдельных заболеваний

Орегонский план: пакет гарантий по «Медикейд»(1989-1997)

Первая попытка (1989-1993 гг):

- определение наиболее важных пар «заболевание-лечение» (в общем виде или конкретная МТ)
- расчет затрат на 1 QALY для 1680 видов услуг
- при фиксированном бюджете отсекали заболевания-МТ с более высокими удельными затратами
- 693 пары «заболевание-лечение»

Народ против: нельзя ограничиваться анализом затратной эффективности

Вторая попытка (1993-1997 гг):

- Опрос населения в отношении роли ценностей
- Корректировка перечня
- Перечень 743 заболеваний/МТ
- Действует сегодня

Выдержки из ранжирования пар «показание-лечение» по Орегонскому плану

Показание (болезнь)	Лечение	Ранг
Пневмония	Медикаментозное	1
Аппендицит	Аппендектомия	5
Ишемическая болезнь сердца	Коронарное шунтирование	149
Катаракта	Удаление	337
Зуб мудрости (воспаление) <small>Источник: Tragakes, Vienonen, 1998</small>	Удаление	480
Бронхит	Медикаментозное	643
Дисфункция матки	Искусственное оплодотворение	696

Конкретизация гарантий по Орегонскому плану:

- перечень заболеваний
- МТ чаще всего в общем виде (удаление катаракты, шунтирование)
- не до уровня простой услуги или ЛС (стандартов)

Мера гарантий – прежде всего «попадание» в определенную группу заболеваний, а не конкретный набор услуг и ЛС, описываемый стандартом.

Чили

(исходный пункт как в России)

Программа «Конкретные гарантии в здравоохранении» 2005-2007 гг.: выбраны 56 заболеваний на основе 9 критериев:

- 1) Бремя болезней (DALY)- 21 (рак, ССЗ) – 50% общего бремени
- 2) Преодоление неравенства – 25 болезней бедных
- 3) «Правило спасения» - 11
- 4) Катастрофические расходы (на уровне годового прожиточного минимума) – 30

Чили-2

- 5) Клиническая эффективность – по стандартам оценивалась вероятность излечения
- 6) Экономическая эффективность: для 11 заболеваний сравнивался 21 вариант лечения. Для остальных не сравнивали. Самый низкий «вес» критерия 6.

Выдержка из пакета гарантий в Чили

Заболевание или вид помощи	Число критериев, которым соответствует заболевание (всего 9)
Болеутоляющие средства при острых болях	7
Стимулирование выживания новорожденных, в т.ч. недоношенных	7
Респираторные заболевания новорожденных	7
Диабет тип 1	6
Диабет тип 2	5
Ретинопатия	5
Пневмония у взрослых	4
Астма	3
Острые инфекции у взрослых	4
ОРЗ у детей	5
Нарушение мозгового кровообращения, инсульт	7
Гипертония взрослых	5
Острый инфаркт миокарда	6
Ревматический артрит	5
Артроз	4
Кистозный фиброз	20 4
Гемофилия	3

Пакет предоставляемых услуг фиксируется «как есть», исходя из состава услуг в страховом предложении крупнейшего страховщика

Мониторинг новых технологий в здравоохранении и их группировка

Клинический анализ

Эпидемиологический анализ

Экономический анализ

Междисциплинарные рабочие группы

Присвоение технологии балла от 1 до 10 и формирование групп технологий по приоритетности

Рекомендации по включению в финансируемый пакет

Форум по медтехнологиям

4 категории:

1. новые, ранее не существовавшие технологии;
2. существующие технологии, применяемые в новых областях или отличным от имеющегося образом;
3. технологии, требующие больших инвестиций в инфраструктуру или оборотные средства;
4. технологии, приводящие к совершенствованию профессиональных стандартов без существенного изменения результативности лечения.

8-10 баллов – приоритетные

4-7 баллов – средний приоритет

1-3 балла - низкий приоритет

0 баллов – не рекомендуются к внедрению

Балл не выставлен – технология может быть включена, так как не меняет расходов государства

Формирование приоритетов в Израиле²¹

Неполная конкретизация гарантий как фактор рационарирования, но его формы меняются

- отказ от лечения (нет срочной необходимости)
- отбор врачом пациентов с наибольшими шансами
- несоблюдение стандарта лечения

**Установление листа ожидания с
ясными процедурами его
прохождения!**

Выводы-1

1. Эксплицитное ранжирование заболеваний вполне реально – на основе многокритериального подхода. **Можно и нужно делать.**
2. Ранжирование (перечень) медицинских технологий – значительно сложнее. Западные страны все еще далеки от того, чтобы определять гарантии на уровне технологий. Это длительный процесс.
3. Легче определять приоритеты для новых МТ. Постепенно убирать старые МТ (UK, NZ, Izr).

Выводы-2

4. Лучше получается там, где многое не обещали (США, Чили), хуже – в странах с традиционно большими гарантиями
5. В обозримом будущем будет сохраняться рационирование, но:
 - в эксплицитной форме (листы ожидания)
 - при снижающейся клинической автономии врача в результате использования стандартов
6. Роль экономической науки растет, но есть серьезные ограничения для использования результатов оценок

Россия: Нужна программа установления приоритетов и конкретизации гарантий

- На 2-3 года
- Междисциплинарный подход: эпидемиология, медицина, экономика, прикладная политология
- Институт по оценке медицинских технологий (типа NICE в UK)
- Система критериев
- Система регулярных общественных обсуждений

Считать на основе технологически обоснованных финансовых нормативов и зарплаты на уровне средней по экономике – **не «вширь», а «вглубь»**