

## **Обзор проекта по управлению процессом лечения в Эстонии**

(Riskipõhine Ravijuhtimine)

### **Необходимость управления процессом лечения с учетом рисков**

Стареющее общество ложится все большим бременем на систему здравоохранения из-за роста числа хронических заболеваний.

Чтобы лучше с этим справиться, необходимо найти другие, более эффективные методы работы с такими пациентами.

### **Что такое управление процессом лечения на основе рисков?**

Управление процессом лечения на основе рисков — это система мониторинга хронических пациентов (комплексная, с повышенной потребностью в лечении).

### **Цель лечения с учетом риска**

Целью управления процессом лечения на основе рисков с точки зрения пациента является: обеспечение лучшего доступа к медицинским и социальным услугам, повышение качества предоставляемых услуг, улучшение показателей здоровья пациентов и, таким образом, содействие к повышению качества жизни пациентов.

Управление процессом лечения на основе рисков может обеспечить более рентабельное использование медицинских услуг (за счет предотвращения и сокращения посещений системы специализированной помощи) и улучшить интеграцию социальной системы и системы здравоохранения.

### **Исходная информация**

В 2015 году было опубликовано исследование, подготовленное при сотрудничестве Больничной кассы Эстонии и Всемирного банка. „Ravi tervik käsitus ja osapoolte koostöö Eesti tervishoiusüsteemis“

Исследование выявило:

1. Большую часть активного стационарного лечения можно избежать.
2. Большую часть посещений врачей-специалистов можно избежать
3. Низкое использование услуг первичной медико-санитарной помощи больными диабетом и гипертонией. Пациенты часто избегают первичную медико-санитарную помощь и немедленно обращаются за медицинской помощью к врачам-специалистам, хотя посещение специалистов существенно не улучшило исход лечения хронических заболеваний.
4. Проблемы с координацией лечения на всех уровнях системы здравоохранения.

## **Вовлечение пациентов в исследование**

### **Основные критерии включения**

**По крайней мере, одно состояние метаболической триады** (гипертония, гиперлипидемия, диабет) и

**1–4 респираторных и / или сердечно-сосудистых заболеваний**, включая астму 0–2, хроническая обструктивную болезнь легких (ХОБЛ) и 0–2 ишемическую болезнь сердца, инсульт, сердечную недостаточность, фибрилляцию предсердий.

### **Дополнительные критерии включения**

**0-1 психические расстройства** (расстройства настроения, злоупотребление алкоголем, токсикомания, деменция) и

**0–2 функциональных расстройства** (нарушение зрения и слуха, слабость).

### **Критерий исключения**

- **Более двух сердечно-сосудистых заболеваний / более одного психического расстройства.**
- **Любой диагноз определенных заболеваний:** рак, шизофрения, заболевания почек, требующие гемодиализа, врожденные пороки развития и редкие заболевания.
- **Более семи сопутствующих заболеваний:** диагнозы в списке сопутствующих заболеваний и общие хронические заболевания.

## **Деятельность**

### **1. Оценка потребностей и планирование лечения**

- Формулирование целей лечения вместе с пациентом;

- Подготовка плана лечения;

### **2. Координация лечения**

- Следование рекомендациям по лечению;

- Проверка результатов анализов;

- Планирование контрольных визитов, мониторинг визитов к специалистам;

### **3. Налаживание сотрудничества с социальным сектором**

- Обмен информацией между социальным сектором и сектором здравоохранения;

- Сотрудничество с социальным работником

### **4. Развитие командной работы**

- Создание совместной учебной среды;

- Разработка рабочего процесса для наблюдения за пациентами из группы риска;

- Повышение роли медсестры

## **ИТ поддержка**

- Списки пациентов для семейных врачей;
- Информация о применении лекарственных средств;
- Информация о трудоустройстве;
- Информация о посещении пациентами отделения неотложной медицины.

## **Выбор центров общей практики для проекта лечения с учетом рисков**

Будет задействовано до 100 центров семейной медицины примерно со 140 регистрами;

Все остальные центры общей практики входят в контрольную группу;

Из каждого списка центров семейной медицины включено около 50 пациентов из группы риска;

**NB!** Семейный врач может исключать и включать пациентов в программу на основе своей интуиции.

## **Анализ данных**

Используются данные:

1. О счетах за лечение,
2. О центре назначения рецептов,
3. Результатах ПКС,
4. Административные данные, такие как расположение и размер центров семейной медицины. Также данные из различных анкет и отчетов обратной связи.

Оцениваются использование, стоимость и аспекты связанные с реализацией программы.

Кроме того, чтобы оценить исходы для пациентов на начальной и конечной фазах исследования, планируется запросить в информационной системе здравоохранения результаты анализов и / или исследований для оценки преимуществ с точки зрения исходов для пациентов.

Эти исследования были отобраны в соответствии с целями, изложенными в руководстве по лечению. Значения артериального давления у пациентов с гипертонией, HbA1c у пациентов с диабетом, уровень глюкоза натощак и фракции холестерина в целом.

Перед анализом данных идентифицируемые признаки удаляются из набора данных или маскируются (в соответствии с требованиями HIPAA; всего 18 идентификаторов).

Результаты публикуются только в агрегированном виде, индивидуальные данные нигде не публикуются.

## Управления процессом лечения с учетом рисков в центре семейной медицины



### План проекта

#### 1. Составление списка пациентов - модель Всемирного банка

#### 2. Работа со списком пациентов:

Исключение - кого не должно быть в этом списке

- Слишком здоровый для данного проекта
- Слишком плохое состояние
- Отсутствие возможности сотрудничества (дом престарелых и т. д.)
- Какая-то другая причина
- Дополнение - Кто из моего регистра выиграет от преактивного подхода?

Не исключайте неудобных пациентов!

#### 3. Составление/подготовка плана действий:

- Когда приглашать? Когда пациент в последний раз посещал центр семейного врача?
- Делать ли анализы и обследования до визита к врачу?

#### 4. Получение согласия от пациента

- Письменно / по телефону

#### 5. Предварительная работа или черновик плана лечения

- Информационная система здравоохранения
- Центр рецептов
- Данные из системы центра семейной медицины

## 6. Первый визит пациента

ТЕМЫ, НА КОТОРЫЕ МОЖНО ПОВТОРИТЬ С ПАЦИЕНТОМ БОЛЕЕ ДЕТАЛЬНО:

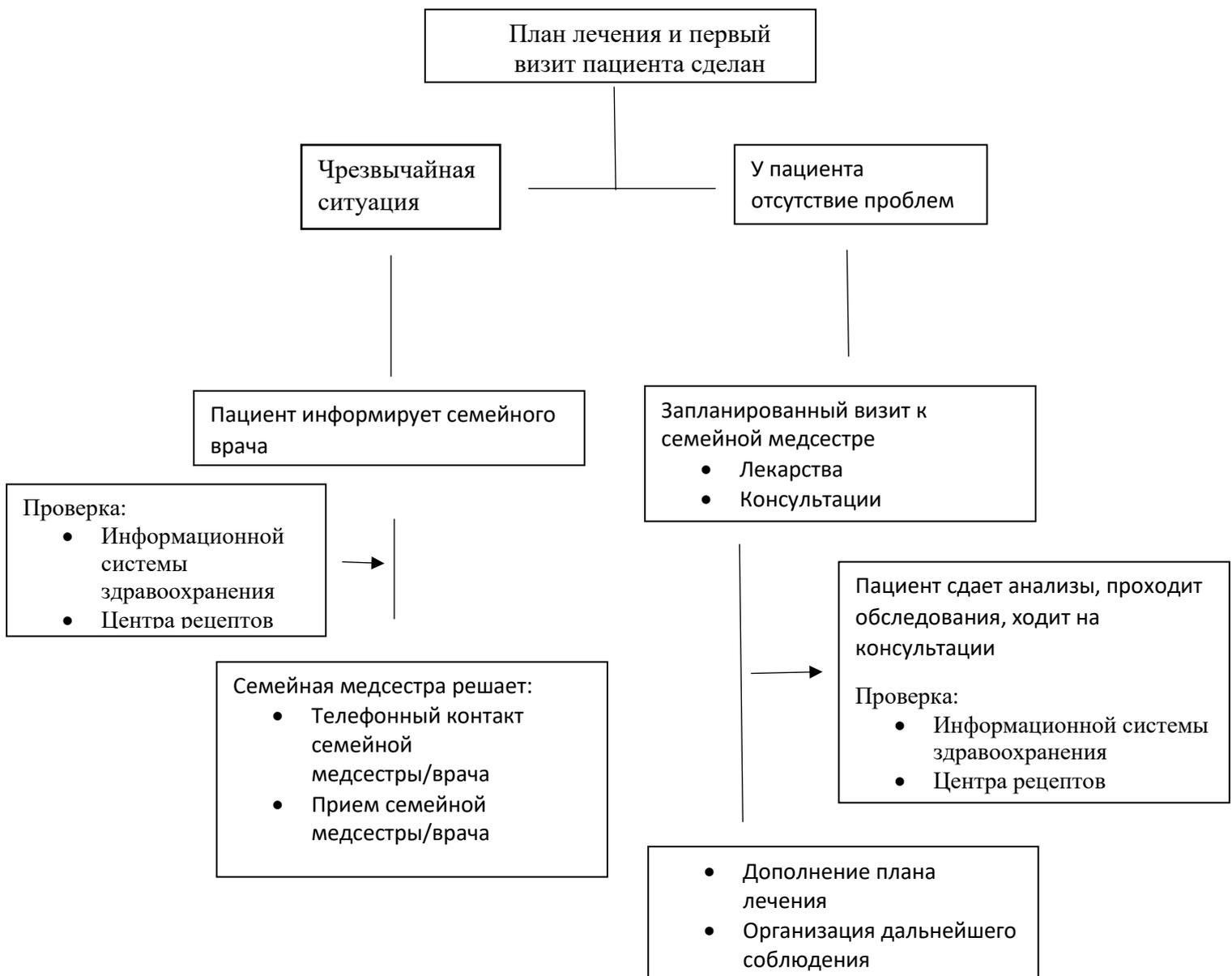
- Диагнозы, поставленные пациенту
- Лекарства - с какой целью и в какой дозе принимает пациент

Каковы цели пациента в отношении своего здоровья? (не врача)

- Целевые значения
- Как достичь цели? Что для этого должен сделать пациент?
- План действий, что делать, если....

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ - письменный, подготовленный в сотрудничестве с пациентом

## 7. Время между приемами пациента



Срок реализации управления процесса лечения с учетом рисков **управления процесса лечения с учетом рисков** составляет примерно **16 месяцев** (включая подготовку и внедрение).

В течение всего периода вам гарантирована поддержка Больничной кассы, которая состоит из следующего:

- Обучение;
- Учебные баллы (kooolitus punkitd)
- ИТ — обучение и поддержка;
- **Личный координатор**, который поддержит вас в реализации данного проекта и поможет найти решения потенциальных проблем;
- Дополнительное финансирование (60 евро за каждого пациента, кто примет участие в данном проекте)

У вас есть прекрасная возможность стать одним из семейных врачей, которые помогут разработать национальную систему управления лечения с учетом рисков. В дополнение к вышесказанному в долгосрочной перспективе можно добиться следующих результатов:

- План лечения хронических пациентов, более ориентированный на пациента, и лучшие результаты лечения;
- Более экономичное использование медицинских услуг;
- Более эффективное сотрудничество центра семейной медицины и социальной системы;
- Более качественные медицинские услуги, повышающие качество семейной медицинской помощи;
- Экономия времени.