

Перехід на класифікацію ICPC-2: про особливості процесу з перших вуст

Міжнародну класифікацію первинної медичної допомоги ICPC-2 успішно використовують лікарі близько 40 країн світу. Після повідомлення Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України від 10 січня 2018 р. про затвердження офіційного перекладу класифікації українською мовою вітчизняні колеги також отримали можливість застосування ICPC-2 у щоденній практиці.

Зазначимо, що для кожного візиту пацієнта ICPC-2 дозволяє кодувати три складові:

- Причину звернення пацієнта до лікаря (найчастіше це певні скарги, консультації чи оцінка результатів аналізів).
- Діагноз (як бачить проблему сімейний лікар).
- Дії (що необхідно зробити в конкретній ситуації — лікування, направлення на додаткові методи обстеження чи на вторинну ланку).



Закономірно у наших лікарів виникають різні питання щодо процесу та переваг подальшого переходу на запропоновану систему кодифікації. З'ясувати

питання ми попросили **Олександра Лінчевського**, заступника міністра охорони здоров'я України, безпосередньо відповідального за контроль над впровадженням ICPC-2 в Україні, та **Владислава Одринського**, експерта МОЗ України.

Зупинившись на перевагах нової системи кодифікації, необхідно зазначити, що початковий етап впровадження міжнародної класифікації ICPC-2 — це, власне, сам дозвіл на її використання в Україні. Тобто ліцензія від розробника — Всесвітньої організації сімейних лікарів (World Organisation of Family Doctors — WONCA) — надана для України. Переваги нового інструменту в тому, що ця класифікація максимально відображає зміст роботи лікаря первинної ланки. Натомість, Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду (МКХ-10), яку зараз використовують лікарі всіх спеціальностей, орієнтована на реалізацію стаціонарних технологій лікування і налічує понад 14 тис. нозологій. Охопити такий масив в умовах первинної ланки, звичайно, нереально. Тому багато сімейних лікарів для спрощення своєї роботи складають скорочені списки для кодування найчастіших випадків у своїй практиці. Колеги із західних країн вирішили це питання альтернативно, в більш якісний спосіб — розробили принципово іншу, прилаштовану для первинної ланки класифікацію — ICPC-2. Сукупно вона налічує близько 1 тис. кодів, тобто в 10 разів менше, ніж містить МКХ-10. Усі коди ICPC-2 вміщуються на двох сторінках аркуша формату А4. Одним із базових критеріїв включення до ICPC-2 певних хвороб і станів є частота їх представлення в первинній ланці — частіше ніж один випадок на 1 тис. населення на рік. МКХ-10 містить багато захворювань і станів, з якими сімейний лікар у своїй роботі практично не стикається і, звичайно, не буде використовувати відповідні коди. Але водночас МКХ-10 не містить частини станів, які потрібні для характеристики пацієнта сімейного лікаря. Так, раніше не визначали ні психологічні, ні соціальні причини звернення пацієнтів.

Високий ступінь відповідності ICPC-2 до специфіки роботи лікаря первинної ланки полягає в тому, що ця класифікація дозволяє кодувати найчастіші причини звернення. І статистика, зібрана за допомогою ICPC-2, дозволяє визначити потреби пацієнтів не тільки окремого суспільства, але навіть і тієї когорти (списку пацієнтів), яка прикріплена до певного лікаря. Наприклад,

на відміну від українських пацієнтів, одними з лідируючих причин за кількістю звернень до лікарів західних країн можуть бути потреба профілактичного огляду або виписки повторних рецептів для пацієнтів із хронічними захворюваннями. І ці кількісні дані дозволяють оптимізувати надання послуг первинної медичної допомоги таким чином, щоб зробити їх максимально зручними для пацієнтів і лікарів. Фахівці, які працюють за МКХ-10, можуть підтвердити, що в нашій країні такі дані зібрати практично неможливо або це потребуватиме значних витрат робочого часу медичного персоналу.

Згідно з визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), первинна ланка надання медико-санітарної допомоги має забезпечити пацієнту максимально можливе в його ситуації вирішення будь-якої проблеми, пов'язаної зі станом здоров'я. Тому головне, найперше завдання лікаря — з'ясувати причину звернення. Орієнтація на діагнози (що більш притаманне спеціалізованій допомозі) не дуже допомагає лікарю первинної ланки виконати це завдання. У подальшому може навіть виявитися, що вирішення проблеми пацієнта не потребуватиме лікування. Наприклад, у пацієнта є страх захворюти на те чи інше захворювання (є відповідні коди у кожній рубриці ICPC-2), але він цього навіть не усвідомлює і тому звертається з проханням огляду чи проведення клінічних аналізів. Часто бувають ситуації, коли пацієнт приходить до лікаря первинки вже з купою результатів аналізів, які він самостійно вирішив зробити. І лікарів первинної медичної допомоги в західних країнах навчають визначати причини таких звернень. І підходи до вирішення подібних проблем пацієнтів полягають у тому, що сімейний лікар повинен знайти для себе відповіді на запитання: «Чому цей пацієнт звернувся до мене, чому прийшов саме зараз?». Наші лікарі, на жаль, досі не навчені визначати такі стани і надавати відповідну допомогу. Одна із причин полягає в тому, що навчання у вітчизняних медичних університетах переважно здійснюють вузькопрофільні фахівці, які зазвичай працюють у стаціонарах і мало стикаються з подібною ситуацією. Дуже часто пацієнти зі страхом захворюти постійно відвідують різних фахівців, щоб розвіяти свої побоювання. Саме той лікар, який правильно розпізнає цей стан та спростує всі підозри пацієнта, і буде кращим спеціалістом.

Власне, для вирішення подібних завдань і створено пацієнто-орієнтовану класифікацію ICPC. Вона, так би мовити, дозволяє лікарю побачити проблему очима пацієнта. Відповідь на класичне питання «Що вас турбує в цей момент?», яка раніше слугувала тільки для стандартного початку діалогу, тепер може бути закодована як окрема категорія. На противагу цьому, діагнози, що їх кодували лікарі раніше, можуть не відображати справжніх потреб пацієнтів.

Після першого етапу консультації та визначення причини звернення лікар із використанням своїх знань і набутого досвіду встановлює діагноз, і це вже професійний погляд лікаря на проблему пацієнта. Діагноз також може бути закодованим за допомогою ICPC-2 і з рівнем деталізації, що підходить для первинної медичної допомоги. А у випадках, коли пацієнти звертаються до лікаря первинної медичної допомоги з попередньо виявленими хворобами вузькими фахівцями або випискою зі стаціонару, вони можуть використовувати розширений діагноз за МКХ-10. У перспективі обидві класифікації стануть в Україні взаємодоповнюваними. Особливо це стосується програмних продуктів і розвитку eHealth. Так, систематизована база клінічної номенклатури

SNOMED CT (<https://www.snomed.org/snomed-ct>), яка забезпечує узгодженість форм інформаційного обміну та впорядкування змісту електронних медичних записів, має також спеціальний термінологічний набір (2017 р.) для первинної медичної допомоги і визначення відповідності (мепінгу) для ICPC-2. Програмні продукти з використанням SNOMED CT дозволяють кодувати практично всю клінічну термінологію, якою послуговуються лікарі (близько 500 тис. термінів). До речі, фахівці Великобританії, країни з однією з найрозвиненіших первинних ланок медичної допомоги, з квітня 2018 р. зобов'язані у своїй практиці перейти на використання програмних продуктів на основі SNOMED CT.

Базові категорії, якими оперує ICPC-2, — епізод медичної допомоги і візит. Епізод медичної допомоги — це взаємодія пацієнта з медичним закладом від першого звернення (візиту) до медичного працівника і до останнього візиту (включно) з цією ж проблемою (захворюванням). Епізод може обмежитися одним візитом (наприклад надання довідки в басейн), а може тривати до кінця життя пацієнта із хронічним захворюванням і потребувати значної кількості візитів. Крім того, під час одного візиту пацієнта з кількома захворюваннями можуть розглядатися різні епізоди допомоги. Такий підхід дозволяє ефективно групувати медичну інформацію в часі, коли дані різних окремих візитів «нанізуються» на один епізод медичної допомоги. Згідно з існуючою зараз системою статистики підраховують лише візити і не враховують кількості людей з окремими захворюваннями. Простіше кажучи, наші статистичні дані, наприклад з артеріальної гіпертензії, відображають лише кількість звернень (візитів), а не кількість хворих на артеріальну гіпертензію. В паперовому вигляді дуже складно виокремити потрібну інформацію. Теоретично це можливо, але на практиці це не працює. Натомість, ICPC-2 враховує весь спектр наданої допомоги від першого звернення пацієнта в амбулаторію до завершення всього курсу лікування. Фактично особи з хронічними захворюваннями можуть здійснити безліч візитів, але враховується при цьому лише одне захворювання. Такий підхід дозволяє перебудувати існуючу статистику і за потреби враховувати як окремі візити, так і цілі епізоди. У такий спосіб лікар може бачити відкриті епізоди кожної хвороби пацієнта і таким чином вести облік осіб із хронічними захворюваннями, що з часом замінить неефективну диспансеризацію. Ця логіка системи дозволяє вже зараз задавати IT-спеціалістам технічні вимоги (функціонал) до програмних продуктів у роботі сімейного лікаря.

Консультація — це основний елемент роботи лікаря первинної ланки. За визначенням словника загальної практики — сімейної медицини (Wonca Dictionary of General/Family Practice), консультація — це динамічна взаємодія між лікарем і пацієнтом з метою створення спільного порядку денного на основі взаємовідносин та взаємної довіри для задоволення потреб пацієнта. У середньому тривалість однієї консультації становить приблизно 10–15 хв. Ця норма не закріплена законодавчо, але визначена емпіричним досвідом розвинених країн, де за стандартами один сімейний лікар в середньому обслуговує 1800–2000 населення. Дані європейської статистики свідчать, що старіння населення і відповідне збільшення кількості візитів до лікарів первинної медичної допомоги зумовлюють тривалість однієї консультації близько 10 хв (таблиця).

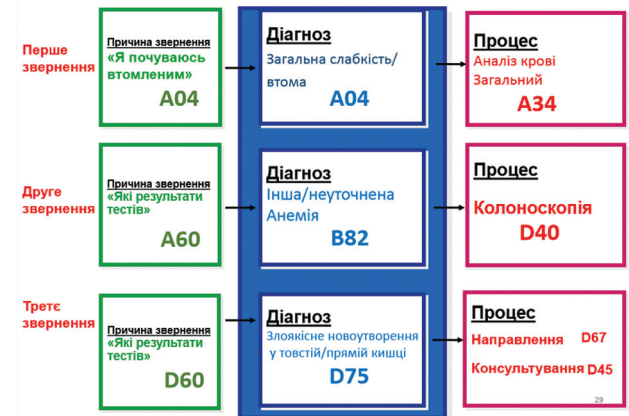
Таблиця. Тривалість консультації лікаря первинної ланки в країнах Європи

Країна	Середня тривалість, хв
Німеччина	7,6
Іспанія	7,8
Великобританія	9,4
Нідерланди	10,2
Бельгія	15,0
Швейцарія	15,6
У середньому	10,7

Така швидкість консультування неможлива без попередньої спеціальної підготовки. Тому сучасна система ICPC-2 доповнює окрему методологію проведення консультації на первинній ланці. Робота сімейного лікаря з пацієнтами відрізняється від спеціалізованої ланки, перш за все, ефективністю взаємодії. Один із найвпливовіших британських лікарів загальної практики, Д. Грей, у 1998 р. обґрунтував відому нині формулу «47 хвилин на рік». Кожний контакт пацієнта і його сімейного лікаря стає ланкою в іс-

торії розвитку їх відносин, і кожна консультація може додати лікарю нову інформацію до існуючих у нього уявлень про хворого, і з кожним наступним візитом потреби та стан конкретної людини стають все більш зрозумілими, а час на їх вирішення відповідно скорочується. Ефективність і терапевтичне значення цих контактів визначаються комунікативними навичками сімейного лікаря. 47 хв на рік — це загальна сума часу всіх консультацій для одного пацієнта у його сімейного лікаря, і саме стільки бачить лікар свого пацієнта протягом року. Ця тривалість відносин прямо впливає на безперервність медичної допомоги і є однією із найважливіших переваг загальної практики — сімейної медицини (рисунк).

Використання на практиці



Рисунк. Зразок використання класифікації ICPC-2 на практиці

Класифікація ICPC-2 пристосована для такого інтенсивного і водночас ефективного консультування. Це значно спрощує процес прийняття рішення, який на первинній ланці також помітно відрізняється від такого у спеціалізованій медичній допомозі. Наприклад, цей процес завжди повинен враховувати епідеміологічні дані популяції на тій території, де практикує лікар, і найімовірніші очікувані проблеми та захворювання, зіставляючи їх із характером звернення. Класифікація ICPC-2 і програмні продукти на її основі дозволяють накопичувати подібний матеріал, створюючи для первинної медичної допомоги, і навіть для кожного лікаря, його власну епідеміологічну базу приписаних пацієнтів. Особливо важливо почати створювати такі бази якомога раніше, оскільки існуючі форми збору даних не забезпечують можливості для такого аналізу і визначення статистичних зв'язків між ними.

Дії лікаря, заковані за ICPC-2, можуть відображати не тільки його призначення, але й направлення до спеціалістів. На сьогодні немає можливості порівнювати роботу різних лікарів, визначати, хто з них самостійно веде пацієнтів, хто більше направляє до інших спеціалістів, а хто з пацієнтів одразу звертається до вузькопрофільних фахівців. Завдяки класифікації ICPC-2 статистичні дані стануть більш об'єктивними.

«Слід також зазначити, що система ICPC-2 повністю пацієнтоорієнтована відповідно до потреб людей. Визначення цих потреб допоможе пристосувати систему медичної освіти та визначити слабкі місця на первинній ланці надання медичної допомоги. Лікар зможе аналізувати свої дії за будь-який період та вирішувати, як покращити власні професійні навички. Наприклад, якщо лікар бачить, що у нього зростає кількість пацієнтів із психологічними проблемами, то ним усвідомлюється наявна необхідність пройти додаткове навчання саме в цій сфері. ICPC-2 — інструмент корисний і для роботи лікаря, і для проведення національної політики у сфері охорони здоров'я», — зазначив В. Одринський.

— Дозвіл на використання нової класифікації вимагає лише дотримання авторських прав WONCA. Як швидко цей дозвіл набуде характеру обов'язковості?

Відповідаючи на це запитання, О. Лінчевський підкреслив: «Зараз керівництво МОЗ України просто заохочує лікарів, але в подальшому використання ICPC-2 буде їхнім обов'язком. Заохочення, власне, полягає в тому, що для працівників первинної ланки вже зараз перехід на нову класифікацію означає офіційне звільнення від необхідності використання будь-яких інших. Але

на сьогодні МОЗ України просто передає права використання кінцевим споживачам — сімейним лікарям. Це дає можливість тренуватися на практиці, але з часом буде запроваджено нові, узгоджені з ІСРС-2 статистичні форми. Відповідно вся документація буде вестися за новими кодами. Звичайно, процес переходу не буде швидким, оскільки лікарі не мають потрібного досвіду. Кінцева мета полягає в тому, щоб ІСРС-2 стала стандартом нашої системи охорони здоров'я. Питання полягає в тому: «Який інструмент для цього потрібен?». З одного боку, є тренінги, які допоможуть лікарям розібратися в алгоритмах системи ІСРС-2, з іншого — певні управлінські рішення.

У віддаленій перспективі ІСРС-2 стане одним з елементів системи електронного здоров'я. Це, так би мовити, розставить крапки над «і». Саме тоді використання ІСРС-2 стане ще й інструментом для отримання додаткового доходу для фахівців первинної ланки. Але до того часу потрібно забезпечити необхідні передумови для справедливої оплати праці лікаря, тобто втілити на практиці схему «гроші за пацієнтом». Національна служба здоров'я України (НСЗУ) здійснюватиме розрахунок оплати лікарів на основі даних, попередньо наданих у закодованому форматі. Причому, крім капітаційної ставки, яка залежить від кількості прикріплених до лікаря пацієнтів, будуть інші додаткові джерела оплати. Наприклад, за проведення вакцинації, ведення пацієнтів з артеріальною гіпертензією та деякими іншими хронічними захворюваннями, і система ІСРС-2 дозволяє все це обліковувати. У такий спосіб можна підвищувати якість і здійснювати плановий розвиток медичної допомоги. До речі, у Великобританії контракт сімейного лікаря містить близько 130 обов'язкових до виконання показників забезпечення якості.

Очевидно, що разом із ліцензією на використання ІСРС-2, яка була надана WONCA, українське суспільство отримало ще один прогресивний механізм змін у системі охорони здоров'я. Надалі ні лікарі, ні розробники програмних продуктів не мають сплачувати за його використання, а лише дотримуватись авторських прав. Зараз триває нормотворча робота над змінами форм статистичної звітності. Коли ж НСЗУ почне отримувати від лікарів кодовану інформацію, яка має бути узгоджена із клінічними протоколами, тоді з'явиться можливість вирахувати потреби на лікування. Нова класифікація значно полегшить і процес визначення потреб, і процес нарахування оплати. Для держави ІСРС-2 — це чесна статистика і можливість проведення оптимальної політики щодо первинної ланки надання медичної допомоги. Найвужчим місцем ознайомлення із системою ІСРС-2 для лікарів є тренінг і практика. Але команда МОЗ України розраховує на заінтересованість лікарів новою системою, зважаючи на її простоту. Зі свого боку, ми готуємо сюрпризи щодо статистичної звітності», — зазначив О. Лінчевський.

— *Певне занепокоєння лікарської спільноти викликає запитання: «Як вплине запровадження нової класифікації на роботу навантаження?».*

«Запровадження цієї системи, — відповів О. Лінчевський, — це перший крок, далі мають початися суттєві спрощення: 1) згортання процесів, які не довели своєї ефективності й не використовуються у світі; 2) спрощення і скорочення кількості статистичних форм разом зі зменшенням кількості полів у цих формах. Водно-

час буде запроваджено інформаційні форми, які допоможуть все це спростити, тобто відбудеться зміна логіки збору статистичних даних на зразок європейської. Головний ресурс системи охорони здоров'я та українського суспільства — це час лікарів. Цей унікальний ресурс має бути використаний на роботу з пацієнтом».

— *Висловлюються окремі побоювання, що нова класифікація нівелює роботу лікаря до механічної та знищить клінічне мислення.*

Подібна позиція найчастіше виявляється серед представників медичної спільноти, які недостатньо обізнані зі специфікою роботи лікарів первинної ланки. ВООЗ у 1998 р. видала документ, який стосується стратегічних аспектів розвитку загальної практики — сімейної медицини в Європі (*Framework for Professional and Administrative Development of General Practice/Family Medicine in Europe, WHO Europe, Copenhagen, 1998*). У ньому міститься дуже важлива умова, яку не виконала Україна, а саме: довести ідеологію та зміст сімейної медицини і принципи її роботи до всіх гілок і всіх фахівців системи охорони здоров'я. Наслідком цього незнання є домінування в нашій медицині біомедичної парадигми, коли людина розглядається перш за все як набір органів і систем. Відповідний принцип клінічного підходу закладається ще в медичних університетах. За цією парадигмою загубилася особистість людини, її почуття, цінності, мотивації. У країнах із розвинутою первинною ланкою набула поширення більш цілісна біопсихосоціальна парадигма в медицині, яка розглядає людину та її нездоров'я в нерозривному поєднанні особистісних фізіологічних і психологічних рис, набутого власного досвіду і соціального контексту. Лікарі первинної ланки можуть навести безліч власних прикладів, коли пацієнти не слідують їх директивним рекомендаціям. Адже не можна змусити виконувати лікарняні приписи того пацієнта, який не поділяє думки фахівця і не розуміє, навіщо йому це робити, або має певний власний досвід. Розвиток інтернету і доступ до інформації за останні 20 років суттєво вплинули на взаємовідносини лікар — пацієнт, змінивши існуючу асиметрію. Це ще одна причина, чому процес консультування на рівні первинної медичної допомоги необхідно змінювати шляхом відповідного навчання лікарів.

Впровадження ІСРС-2 для лікарів первинної ланки надає такі переваги: краще розуміння потреб пацієнтів; зручність у їх веденні; можливість кодування звернень пацієнта у тому разі, коли неможливо встановити діагноз; спрощення документообігу; зменшення звітності.

Впровадження ІСРС-2 із одночасним спрощенням облікових і статистичних форм є важливою складовою системної роботи МОЗ України щодо оптимізації роботи лікарів первинної медичної допомоги з метою побудови дійсно пацієнтоорієнтованої системи охорони здоров'я. Лікар первинної ланки не є фахівцем діагнозів, він є фахівцем щодо людських проблем, які стосуються здоров'я. Системі охорони здоров'я потрібен фахівець, який би контролював загальний стан кожного пацієнта, фахівець, з яким можна порадитися стосовно будь-яких призначень. Маємо надію, що у нас такі лікарі є, тому передаємо їм потрібний інструмент роботи — нову систему ІСРС-2.

*Олександр Гузій, Олександр Устїнов,
фото Сергія Бека*