

Заточенный инструмент

Часть 1: Традиционный подход к изучению поведения пациентов

Мы благодарны нашим коллегам из компании Aston Health, поднявшим для обсуждения вопросы, связанные с пациентцентрированием и пациенториентированностью («ФВ» №17—19, 2017 г.). Термины patient centricity, patient first, patient journey становятся все более часто произносимыми. Это стимулирует исследовательское сообщество к ответной реплике — созданию рабочих инструментов, способствующих... Вот только чему?

Олег Фельдман, Юлия Ветошкина, Надежда Алексеева, Ipsos Healthcare

Бурный поток

Еще раз обратимся к правильной формулировке наших коллег — «в применении к фармацевтической индустрии пациентцентрирование имеет четкую цель — улучшение исходов терапии за счет вовлеченности пациентов во все этапы ее разработки и внедрения в повседневную клиническую практику». То есть можно рассчитывать на то, что усилия исследователей будут способствовать излечению пациентов или, по крайней мере, предоставлению им наиболее эффективной помощи. Это предполагает измененную систему коммуникаций с ними, а значит, и все ее элементы становятся объектами исследований. И самый важный исследовательский фокус здесь — система отклика (обратной связи) пациента с акцентом на его вовлеченность. Чем лучше мы понимаем этот процесс, тем эффективней комплекс и терапии, и маркетинга (отдельно для продакт-менеджеров — тем глубже понимание механизмов управления жизненным циклом продукта). Вводя пациента в контур исследований, мы не усложняем поиск решений, а создаем всестороннее описание процессов с учетом значимых факторов, изучая их функ-

ции и роли. С точки зрения маркетинга мы должны дать ответ на два ключевых вопроса:

* Как формируются потоки пациентов (Patient Flow), т. е. как именно они проходят путь от возникновения симптомов до выбора лечения?

* Как формируется опыт пациента (Patient Experience), кто и как именно воздействует на него в разных точках этого пути?

И в постановке этих вопросов, и в поисках решения есть своя история. Первоначально исследователи ставили простые вопросы: сколько людей страдает от тех или иных симптомов? Что они предпринимают для решения проблемы? Какая их часть получает надежную диагностику и лечение? Такой подход представлен на рисунке 1. Но время ставит более сложные вопросы: в рамках выбранных направлений лечения какую терапию они получают? Кем именно она назначается? Между какими продуктами происходит конкуренция в голове врача? Сколько пациентов откликаются на полученную терапию и насколько они комплаентны?

Представленная модель отражает количественные расчеты всех элементов

пути, но не отражает причинно-следственные механизмы. Как относятся к нашему бренду и брендам конкурентов врачи, пациенты? Почему выбирают тот или иной путь лечения? Что способствует/препятствует принимаемым решениям самими пациентами? Какие каналы/точки воздействия на пациента работают эффективнее всего? Как можно его убедить и о чем предупредить?

Мы располагаем набором инструментов для решения таких вопросов, которыми мы хотели бы поделиться. Речь идет о комплексном исследовательском подходе, рассматривающем проблему с разных сторон. Но сначала о логике исследований.

Попали в воронку

Перед тем как воздействовать на какой-то процесс, необходимо понять, в каких показателях он описывается и как выглядит в целом. Так, например, базирясь на многолетних данных по выписке врачей можно вплотную подойти к описанию потоков пациентов, выстраивая так называемую воронку пациентов на примере диагноза «ишемическая болезнь сердца» (ИБС) (рис. 2). Специфика подхода ограничена тем, что данные мы получаем

только с момента появления пациента у врача. Но зато после этого мы можем четко описать потоки пациентов в количественных терминах в различной системе иерархии данных (специальность врача — диагноз — назначение: АТХ — МНН — продукт). Преимущества такого подхода:

- детализация, которую можно изменять и быстро получать новую модель распределения;
- закладка в корень любого показателя — заболевание, диагноз, категория, МНН;
- понимание вклада составляющих — врач определенной специальности, конкретная АТХ, МНН и т.д.;

- понимание того, что находится в конце ветки (пути);
- сведение данных по особенностям распределения и получаемого результата (выписки);
- четкая постановка задач на будущее, например, перераспределить потоки, научив, скажем, терапевтов лечить то или иное заболевание.

При всей ценности построения таких воронок мы не можем восстановить причинно-следственные механизмы возникновения «развилки», например, почему пациент попадает к кардиологу или к терапевту, почему тот или иной врач назначает тот или иной препарат, почему пациент с этим соглашается или не соглашается, следует или не следует назначению и т.д. Понятно, что при большом количестве пациентов возникает и огромное количество исходов (паттернов) в принятии решений. Поэтому возникает потребность в их систематизации уже на несколько ином уровне. Это позволяет делать методика Pathfinder Patient Journey, которую мы представим во 2-й части статьи.

