

# ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2023

Ходакова О.В.<sup>1</sup>, Евстафьева Ю.В.<sup>2</sup>, Деев И.А.<sup>1</sup>, Кобякова О.С.<sup>1</sup>

## Система здравоохранения, основанная на ценностях (систематический обзор)

<sup>1</sup>ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 127254, Москва, Россия;

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 672090, Чита, Россия

Современная демографическая ситуация характеризуется увеличением ожидаемой продолжительности жизни, ростом числа хронических неинфекционных заболеваний, что приведёт к увеличению дефицита ресурсов в здравоохранении и в целом негативно отразится на экономике государств. Перед здравоохранением стоит задача по сохранению здоровья населения в эти дополнительные годы жизни. Одной из современных концепций по оптимальному использованию ресурсов, оценке эффективности работы систем здравоохранения является ценностно-ориентированное здравоохранение (ЦОЗ). Ценность для пациента — это результат оказания медицинской помощи в отношении здоровья, имеющий значение для пациента, критерии достижения которого определяются самим пациентом. Согласно концепции ЦОЗ, измерение результатов и затрат для каждого пациента является частью стратегической программы перехода к высокоэффективной системе здравоохранения.

**Цель** исследования — изучение особенностей ЦОЗ в разных странах мира. Систематический обзор проведён согласно руководству PRISMA.

Поиск литературы выполнен в электронных базах PubMed/MEDLINE, Scopus, eLibrary, CyberLeninka, в системах Yandex и Google среди англоязычных и русскоязычных публикаций.

В системах здравоохранения стран, внедривших ценностно-ориентированный подход, деятельность медицинских организаций оценивается согласно показателям, которые отражают ценность для пациента. Для объединения имеющихся ресурсов и координации оказания медицинской помощи создаются мультидисциплинарные бригады специалистов, и пациент обеспечивается полным объёмом услуг без задержек на всех этапах. В таких моделях все процессы в медицинских организациях стандартизированы, что позволяет сокращать потери и издержки на всех этапах оказания медицинской помощи и повышать результаты, представляющие ценность для пациентов.

**Ключевые слова:** ценностно-ориентированное здравоохранение; система здравоохранения; здоровье населения; ценности для пациентов; систематический обзор

**Для цитирования:** Ходакова О.В., Евстафьева Ю.В., Деев И.А., Кобякова О.С. Система здравоохранения, основанная на ценностях (систематический обзор). *Здравоохранение Российской Федерации*. 2023; 67(1): 5–13. <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2023-67-1-5-13> <https://elibrary.ru/ovhusw>

**Для корреспонденции:** Евстафьева Юлия Валерьевна, канд. мед. наук, доцент каф. общественного здоровья и здравоохранения и экономики здравоохранения ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава РФ, 672090, Чита. E-mail: [yuliya\\_evstafeva@bk.ru](mailto:yuliya_evstafeva@bk.ru)

**Участие авторов:** Ходакова О.В. — концепция и дизайн исследования, сбор и обработка материала, написание текста; Евстафьева Ю.В. — концепция и дизайн исследования, сбор и обработка материала, написание текста; Деев И.А. — написание текста, редактирование; Кобякова О.С. — редактирование. Все соавторы — утверждение окончательного варианта статьи, ответственность за целостность всех частей статьи.

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов.** Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

Поступила 20.07.2022

Принята в печать 19.09.2022

Опубликована 28.02.2023

# HEALTH CARE ORGANIZATION

---

---

---

---

---

© AUTHORS, 2023

Olga V. Khodakova<sup>1</sup>, Yulia V. Evstafieva<sup>2</sup>, Ivan A. Deev<sup>1</sup>, Olga S. Kobyakova<sup>1</sup>

## Values-based healthcare (systematic review)

<sup>1</sup>Russian Research Institute of Health, Moscow, 127254, Russian Federation;

<sup>2</sup>Chita State Medical Academy, Chita, 672090, Russian Federation

The current demographic situation is characterized by an increase in life expectancy and gain in the number of chronic non-communicable diseases. Healthcare is faced with the task of preserving the population health in these additional years of life, which, in turn, will lead to an increase in the shortage of resources in healthcare and, in general, negatively affect the economies of states. One of the modern concepts of optimal use of resources, evaluation of the effectiveness of health systems is value-based healthcare. In the described model, the value for the patient is the result of medical care in relation to health, which is important for the patient, the criteria for achieving which are determined by the patient himself. According to the concept of the Center, measuring the results and costs for each patient is part of the strategic program for the transition to a highly efficient healthcare system.

**The purpose of the study** is to investigate the features of value-based healthcare in different countries of the world.

A systematic review was conducted according to the PRISMA guidelines.

The literature search was performed in the electronic databases PubMed/MEDLINE, Scopus, eLibrary, CyberLeninka, and Yandex and Google systems among English and Russian-language reports. In the healthcare systems of countries that have implemented a value-based approach, the activities of medical institutions are evaluated according to indicators that reflect the value to the patient. To combine the available resources and coordinate the provision of medical care, multidisciplinary teams of specialists are being created and the patient is provided with a full range of services without delay at all stages. In such models, all processes in medical institutions are standardized, which makes it possible to reduce losses and costs at all stages of medical care and increase the results that are valuable for patients.

**Keywords:** value-based healthcare; healthcare system; public health; values for patients; systematic review

**For citation:** Khodakova O.V., Evstafieva Yu.V., Deev I.A., Kobyakova O.S. Values-based healthcare (systematic review). *Zdravookhranenie Rossiiskoi Federatsii (Health Care of the Russian Federation, Russian journal)*. 2023; 67(1): 5–13. <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2023-67-1-5-13> <https://elibrary.ru/ovhusw> (in Russian)

**For correspondence:** Yulia V. Evstafieva, MD, PhD, associate Professor of the Department of Public Health and Healthcare, Health Economics, Chita State Medical Academy, Chita, 672090, Russian Federation. E-mail: [yuliya\\_evstafieva@bk.ru](mailto:yuliya_evstafieva@bk.ru)

### Information about the authors:

Khodakova O.V., <https://orcid.org/0000-0001-8288-939X>

Evstafieva Yu.V., <https://orcid.org/0000-0001-9003-6207>

Deev I.A., <https://orcid.org/0000-0002-4449-4810>

Kobyakova O.S., <https://orcid.org/0000-0003-0098-1403>

**Contribution of the authors:** *Khodakova O.V.* — the research concept, collection the material, writing the text; *Evstafieva Yu.V.* — the research concept, collection the material, writing the text; *Deev I.A.* — writing the text, editing; *Kobyakova O.S.* — editing. *All authors* are responsible for the integrity of all parts of the manuscript and approval of its final version.

**Acknowledgment.** The study had no sponsorship.

**Conflict of interest.** The authors declare no conflict of interest.

Received: July 20, 2022

Accepted: September 19, 2022

Published: February 28, 2023

## Введение

На протяжении многих столетий в системах здравоохранения преобладает модель оказания медицинской помощи по единственному заболеванию. Системы здравоохранения стремятся к высокому уровню медицины, но не всегда это означает достижение высокого уровня здоровья общества. Оценка эффективности оказания медицинской помощи традиционно базируется на количественных показателях деятельности медицинских организаций и системы здравоохранения в целом, не учитывая при этом суммарного результата оказания комплекса медицинских услуг по поводу одного заболевания для конкретного пациента и степень его удовлетворения и ощущения ценности от взаимодействия с системой здравоохранения.

Сегодня во всём мире наступает эра старения населения, которая создаёт серьёзные проблемы, связанные с мультиморбидностью у пожилых людей, что требует увеличения объёма медицинской помощи. Повышение нагрузки на системы здравоохранения в условиях дефицита ресурсов требует оптимизации расходов на оказание медицинской помощи и перехода от болезнью-ориентированных критериев эффективности к пациент-ориентированным [1–10].

Одним из современных подходов к управлению системой здравоохранения является модель, основанная на ценностях (ценностно-ориентированное здравоохранение (ЦОЗ)). В описываемой модели под ценностью для пациента подразумевается результат оказания медицинской помощи в отношении здоровья, имеющий значение для пациента, критерии достижения которого определяются самим пациентом [11]. Согласно концепции ЦОЗ, измерение результатов и затрат для каждого пациента является частью стратегической программы перехода к высокоэффективной системе здравоохранения.

Модель ЦОЗ предполагает, что системой необходимо управлять с точки зрения результатов, которые важны для пациентов [11]. Вместе с тем в здравоохранении с более традиционной практикой является измерение эффективности с помощью оценки таких показателей, как летальность в стационаре, уровень внутрибольничного инфицирования, послеоперационные осложнения и др. [12, 13]. Эти показатели играют ключевую роль в изучении деятельности медицинской организации, но не охватывают все аспекты, наиболее важные для пациента. Большим препятствием для внедрения ценностно-ориентированного подхода является его сложность. Это требует стратегического участия руководителей системы здравоохранения, сбора достоверных данных и высокого уровня развития цифровизации отрасли [14, 15].

**Цель** данной работы — изучение особенностей ЦОЗ в разных странах.

Для получения необходимой информации выполнен поиск наиболее релевантных исследований, опубликованных в электронных базах PubMed/MEDLINE, Scopus, eLibrary, CyberLeninka, и отобранных путём поиска в системах Yandex и Google. Стратегию поиска составляли такие ключевые слова и словосочетания на русском и английском языках, как «ценностно-ориентированное здравоохранение», «value-based healthcare», «влияние здравоохранения, основанного на ценностях», «impact of value-based healthcare», «ценностно-ориентированное здравоохранение в практике», «value-based healthcare in practice», «ценность для пациентов», «value for patients».

Каждый текст (на английском и русском языках) рассматривался вне зависимости от даты его издания и языка, на котором он опубликован. Процесс отбора осуществлялся путём изучения названий, тезисов, результатов и полнотекстовых версий статей. Публикации отбирались двумя независимыми исследователями отдельно. Сомнения в отношении включения/исключения той или иной статьи в исследование разрешались путём консенсуса и/или консультации с независимым экспертом. Для выявления, отбора и критической оценки соответствующих исследований использовался систематический метод. Чтобы структурировать поиск литературы и уточнить вопросы исследования, в качестве методологического стандарта использована система PICO(S).

Критерии включения публикации в обзор: статья должна содержать информацию об опыте внедрения ценностно-ориентированного подхода в здравоохранении, его преимуществах и/или возникающих проблемах, а также иметь полнотекстовую версию. Критерии исключения: неопубликованные/неиндексированные исследования, неизданная литература, исследования, не предлагающие для ознакомления полнотекстовые варианты, статьи, посвящённые ценности, связанной со стоимостью медицинской услуги.

В результате поиска найдено 1489 статей, удалено 223 дубликата. По результатам анализа названий и аннотаций исключены 1132 статьи. Все оставшиеся 134 публикации являлись полнотекстовыми, из которых 92 удалено по причине несоответствия критериям включения. Таким образом, была отобрана 41 публикация с описанием опыта внедрения ценностно-ориентированного подхода в системы здравоохранения. Результаты отбора публикаций представлены в виде схемы «Предпочтительные элементы отчётности для систематических обзоров и метаанализов (PRISMA)» с дополнениями (рис. 1).

## Ключевые элементы концепции ценностно-ориентированного здравоохранения

Идеологом ЦОЗ является американский экономист, профессор кафедры делового администрирования Гарвардской школы бизнеса Michael Porter. В соответствии с предложенной им концепцией главной целью для здравоохранения является достижение высокой ценности для пациента. Ценность, по мнению автора, — это не абстрактное понятие, ценность должна устанавливать критерии повышения эффективности системы здравоохранения и быть измеримой [11]. Определять ценность должен пациент, при этом создание ценности для пациента является критерием для установления оплаты оказания медицинской помощи. С другой стороны, ценность должна определяться достигнутыми результатами и не зависеть от объёмов оказываемой медицинской помощи. Например, в системе здравоохранения Российской Федерации принята оценка работы медицинской организации по объёмам оказываемой медицинской помощи (охват профилактическими медицинскими осмотрами, доля больных, которым выполнено чрескожное коронарное вмешательство, и др.), что не может быть рассмотрено в качестве ценности для пациента только с позиции факта выполнения медицинской услуги.

Оказание медицинской помощи в рамках одного случая может осуществляться на разных уровнях, в разных медицинских организациях. Например, при оказании медицинской помощи пациенту с сосудистой катастрофой

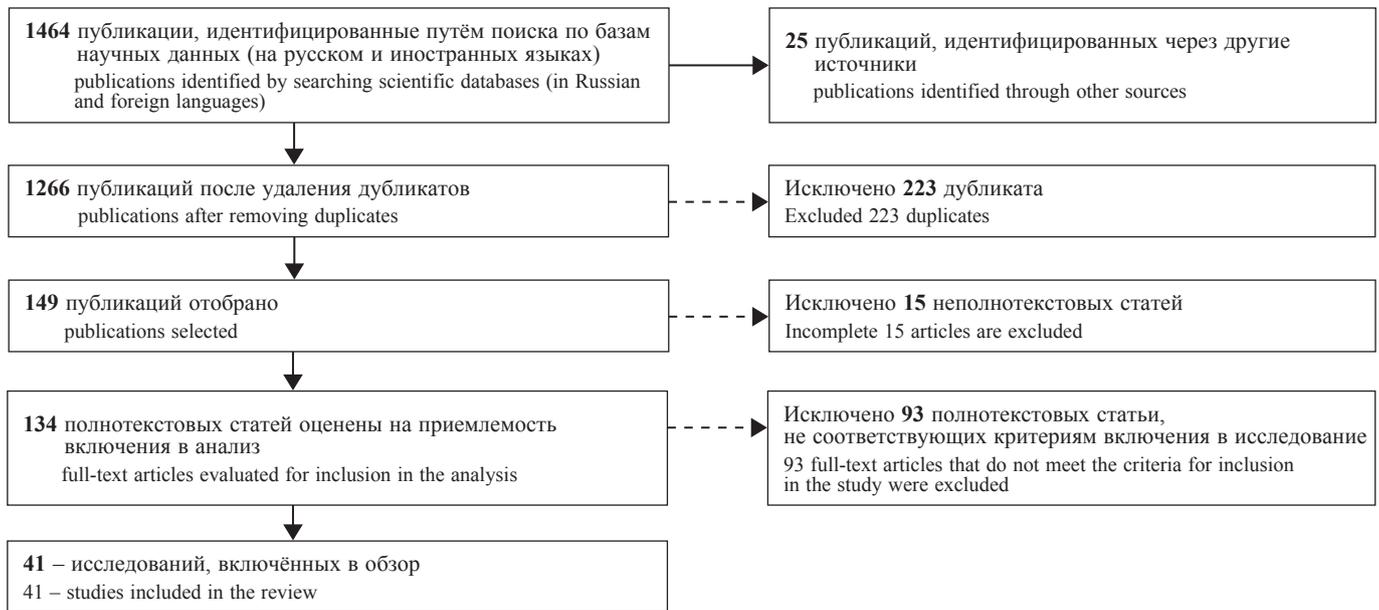


Рис. 1. Схема отбора публикаций (PRISMA).

Fig. 1. Publication selection diagram (PRISMA).

участниками являются бригада скорой медицинской помощи, специализированные центры, кардиореанимация, кардиологические отделения и далее первичное звено для динамического наблюдения, медицинской реабилитации пациента. Традиционно, на практике анализируется работа каждой структурной единицы в отдельности и не оцениваются результаты оказания медицинской помощи пациенту за полный цикл медицинских услуг. Ценность должна охватывать все действия со стороны здравоохранения, создаваемые всеми участниками процесса (отдельными специалистами, медицинскими организациями и др.). Ответственность за результаты и за создание ценности для пациента должна быть разделена между всеми поставщиками (производителями) медицинских услуг [2–4]. М. Porter отмечает, что ценность для пациентов определяется не только при завершении оказания медицинской помощи, но и в долгосрочной перспективе, т.к. чаще всего результаты возможно оценить только со временем (например, устойчивое выздоровление, возникновение заболевания, улучшение качества жизни и т.д.). Итоги, которые подлежат оценке, должны быть наиболее актуальными для пациента. Существующие организационно-методические подходы в традиционной системе здравоохранения не позволяют измерить ценность. В медицинских организациях чаще всего оцениваются показатели, не имеющие ценность для пациента (например, при остром коронарном синдроме — 30-дневная летальность, летальность в 1-е сутки и др.) [1, 13].

Результаты, ценные для пациента, могут быть измерены на трех иерархических уровнях, каждый из которых подразделяется на два подуровня, где первый — наиболее общий, а второй раскрывает детально первый подуровень (рис. 2) [11]. Первый уровень — достигнутое или сохранённое состояние здоровья пациента (например, для пациентов с прогрессирующими заболеваниями) включает показатель выживаемости и степень выздоровления. Данный уровень представляет наибольшую ценность для пациента и может быть измерен в долгосрочной перспективе (например, 10-летняя выживаемость пациентов,

перенёсших острый инфаркт миокарда). Для пациентов старших возрастных групп данный показатель может быть не самым значимым, т.к. для таких пациентов более ценным будет не длительность жизни, а её качество. На втором уровне анализируется время, потраченное на оказание медицинской помощи, на возвращение к нормальной повседневной жизнедеятельности с восстановлением функций организма. На результаты данного уровня влияют несвоевременность оказания медицинской помощи, диагностические ошибки, неэффективность проводимых мероприятий, осложнения, побочные эффекты и др. Третий уровень отражает стабильность в состоянии здоровья пациента. На первом подуровне оценивается отсутствие рецидивов заболевания или поздних осложнений. Возникновение новых заболеваний или состояний, обусловленных оказанием медицинской помощи, относится к результатам второго подуровня. Число показателей на каждом уровне не ограничено. Некоторые авторы отмечают в данном подходе совершенствование системы менеджмента качества медицинской помощи — от простого к сложному, когда изначально оценивается конечный исход (достигнутое состояние здоровья), затем — удобство, комфортность для пациента и только в конечном итоге — долгосрочные перспективы — устойчивость достигнутого состояния [5, 7, 8, 16, 17].

Всемирная организация здравоохранения обозначает здоровье как «состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или физических дефектов». Исходя из этого определения охрана здоровья подразумевает более широкие цели, чем оказание медицинской помощи, и включает воздействие на социальные детерминанты здоровья, предоставление людям «свободу вести образ жизни, который наиболее ценен для них» [18]. Так, концепция ЦОЗ предполагает более широкое использование ценности для пациента при определении результатов в отношении здоровья и распределении ограниченных ресурсов [6, 14, 19].

Существует множество определений ценности. Многие авторы рассматривают ценность с точки зрения плательщика,



Рис. 2. Иерархические уровни результатов, Michael Porter.

Fig. 2. Hierarchical levels of results, Michael Porter.

в роли которого могут выступать государство, страховая компания или физическое лицо, врач, органы управления здравоохранением и, что наиболее важно, пациент [20–24]. При этом ценность для каждого из бенефициаров будет разной. В соответствии с положениями концепции ЦОЗ предполагается, что все заинтересованные стороны принимают на себя «ответственность за улучшение результатов лечения пациентов по сравнению с их стоимостью». Некоторые определения ценности сосредоточены на моральных аспектах, жизненных принципах, культуре, религии пациентов. Другие концентрируются на экономическом значении, например, определение, предложенное М. Porter: «Ценность = достигнутые результаты — потраченные деньги» [11]. J. Gray и соавт. определили ценность в здравоохранении как «чистую выгоду, т.е. разницу между пользой и вредом, причиняемым услугой, с учётом количества вложенных ресурсов» [25].

М. Armstrong и соавт. подробно изучали элементы ЦОЗ и выделили четыре группы ценностей [26]:

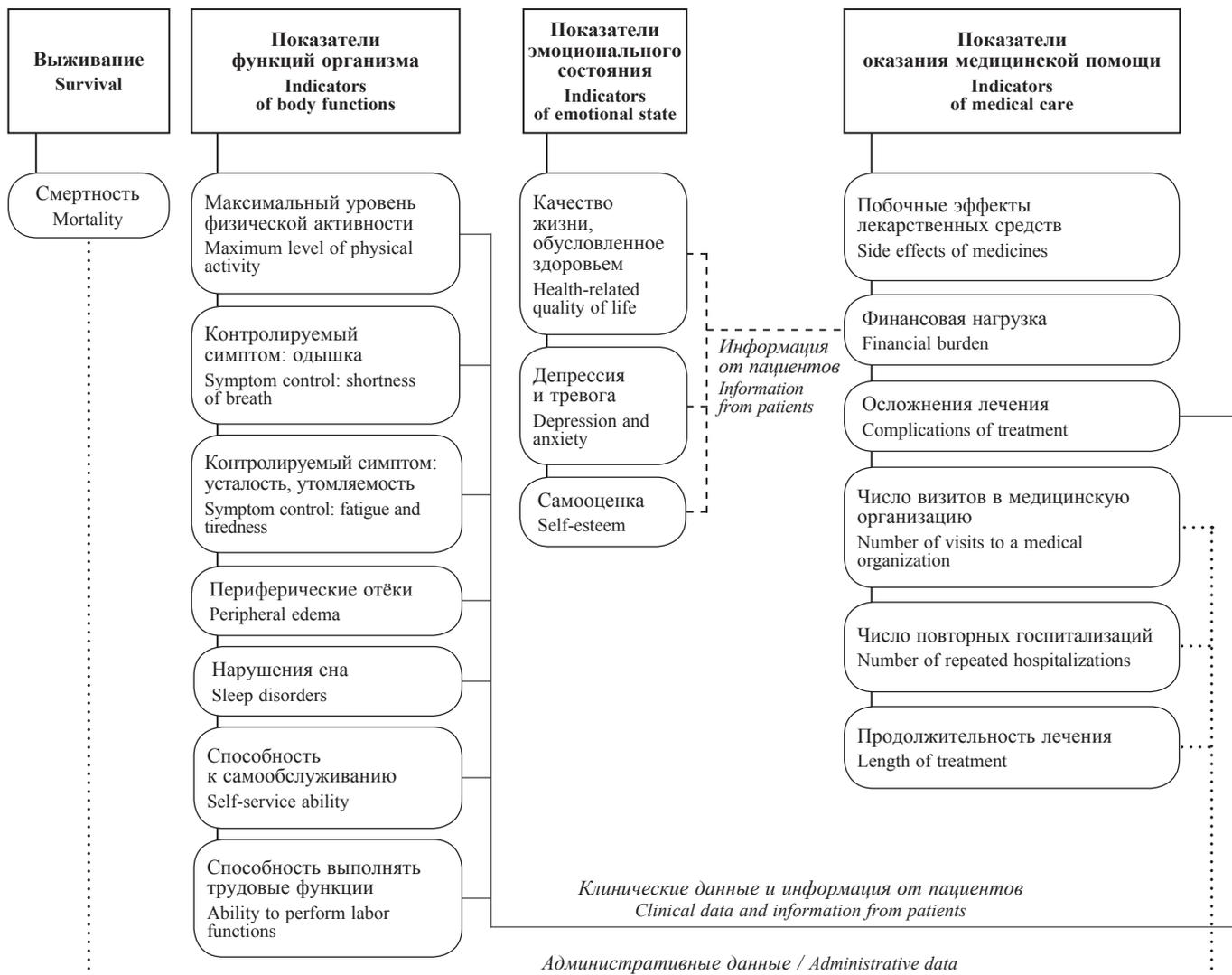
- глобальные ценности — личные ценности и жизненные приоритеты, религиозные и культурные ориентиры, которые включают личностные качества (например, тревожность пациента может повлиять на желание сделать больше исследований);
- ценности, определяющие решения, — основные ценности, которые будут оказывать влияние на принятие решения пациентом (побочные эффекты, качество жизни, удобство и стоимость лекарственных препаратов и др.);
- ситуационные ценности, зависящие от конкретной ситуации, состояния окружающей среды, в которой находится на данный момент пациент (например, студент с хроническим заболеванием будет нуждаться в новых методах лечения во время сессии из-за высоких нагрузок в этот период);
- внешние ценности — влияние семейных ценностей на принятие решения пациентом (например, отказ от паллиативного лечения в пользу агрессивного лечения на основании пожеланий родственников).

Авторы подчёркивают, что при оказании помощи с ориентацией на ценности для пациента большая доля ответственности ложится на медицинский персонал, поэтому врачам необходимо интересоваться глобальными ценностями для пациентов при первичном обращении, до принятия решения пациентом.

Р. Ijntema и соавт. описывают, что одним из элементов концепции ЦОЗ, помимо определения ценности, является необходимость разработки таких показателей, которые позволили бы удовлетворить потребности всех участников оказания медицинской помощи [27].

Результаты деятельности ЦОЗ определяются через оценку исходов оказания медицинской помощи. Для этого необходима стандартизация подходов к оценке результатов лечения. Одной из известных некоммерческих организаций, занимающейся разработкой показателей, ориентированных на пациента, является Международный консорциум по оценке клинических исходов (International Consortium of Health Outcomes — ICNOM). Консорциум организован на онлайн-платформе, которая содержит стандартные наборы результатов по профилям, заболеваниям и направлениям (наборы результатов для пациентов с мерцательной аритмией, воспалительным артритом, хроническими заболеваниями почек, раком молочной железы и др.). В настоящее время международной комиссией ICNOM утверждены 40 стандартных наборов результатов, 5 находятся в процессе согласования. Каждый набор содержит перечень показателей, позволяющих оценить результаты для пациентов. Например, набор показателей для оценки результатов лечения при сердечной недостаточности включает четыре группы показателей: выживаемость, функциональные, психосоциальные показатели, а также параметры, отражающие оказание медицинской помощи (рис. 3) [15, 28–30].

Поскольку основой концепции ЦОЗ является ценность для пациента, то для разработки показателей используются данные, полученные от пациентов, которые включают оценку исхода заболевания (Patient Reported Outcome Measures — PROMs) и сведения о восприятии процесса



**Рис. 3.** Стандартный набор показателей ИСНОМ для пациентов с сердечной недостаточностью.

**Fig. 3.** Standardized outcome measurement set for health failure patients.

лечения (Patient Reported Experience Measures — PREMs). Для оценки PROMs используют различные опросники (например, для пациентов с сердечной недостаточностью: опросник кардиомиопатии Канзас-Сити KCCQ-12, опросник здоровья пациента RHQ-2, Миннесотский вопросник о жизни с сердечной недостаточностью MLHFQ). Данные PREMs отражают удовлетворённость пациентов оказанием медицинской помощи.

Ещё одним элементом концепции VBHC является создание благоприятных условий для работы сотрудников, поскольку медицинские работники играют центральную роль в ЦОЗ [9, 29]. Это соответствует одной из четырех целей: улучшение состояния здоровья пациентов, повышение качества обслуживания пациентов, повышение квалификации медицинских работников и снижение затрат [10, 30].

Е. Teisberg и соавт. отмечают, что реализация концепции ЦОЗ сближает врачей со своими пациентами [31]. Совместная работа врачей, пациентов и их семей способствует улучшению измеримых результатов, которые наиболее важны как для пациентов, так и для клиницистов. Эта внутренняя мотивация часто отсутствует в системе здравоохранения, где врачи большую часть времени по-

свящают решению организационных вопросов, которые не влияют на здоровье их пациентов. Авторы отмечают также необходимость в обучении будущих врачей работе в системе ЦОЗ.

Оценка стоимости полного цикла оказания медицинской помощи пациенту является одним из элементов ЦОЗ. Включить в законченный случай лечения стоимость всех медицинских вмешательств не является сложным. Проблему составляет оценка последствий оказания медицинской помощи, которые могут возникнуть в отсроченном периоде, т.к. ЦОЗ предполагает анализ результатов лечения через год и более, в зависимости от каждого заболевания. Также сложно оценить косвенные затраты, которые могут быть отражены в снижении периода временной нетрудоспособности, улучшении трудовых функций пациента и др. [18, 22, 32–35].

### Опыт систем здравоохранения разных стран мира по внедрению ценностно-ориентированного подхода

А. Leyton-Mange и соавт. описали результаты внедрения концепции ЦОЗ в ортопедическую практику по эндопротезированию тазобедренного и коленного суста-

вов. Для перехода к ЦОЗ была создана оценочная карта хирурга-ортопеда, которая предполагала анализ каждого случая лечения на протяжении 6 мес и включала 5 ключевых показателей эффективности: показатели пациентов (смертность, число обострений сопутствующих заболеваний); клинические показатели (длительность пребывания в стационаре, исход лечения, случаи повторных госпитализаций, частота осложнений и частота соблюдения стандартизированных путей лечения); PROMs, PREMs (удовлетворённость, повышение качества жизни, ограничения физической активности, отсутствие побочных эффектов); финансовые результаты (стоимость законченного случая лечения); хирургические показатели (средняя длительность операции, общее время, проведённое в операционной, и время, проведённое в отделении реанимации). Авторы отмечают, что особенность концепции ЦОЗ заключается в том, что она объединяет клинические результаты и данные о затратах. Оценка только одного из этих направлений обесценивает оказание медицинской помощи. Так, усилия специалистов по сдерживанию расходов на оказание медицинской помощи не оказывали неблагоприятного влияния на клинические результаты [36].

В Нидерландах R. Ijntema и соавт. выполнили исследование по определению ценности для пациентов физиотерапевтического лечения, по результатам которого выделены три элемента: достижение результатов, связанных с организацией медицинской помощи; результаты, ориентированные на пациента; результаты, направленные на другие заинтересованные стороны. Результаты, основанные на организации, оценивали с позиции нескольких направлений: правильность медицинских диагнозов, использование стандартов, руководств, протоколов; качество, которое оценивается пациентами; финансовые показатели (прибыль, затраты). Результаты, ориентированные на пациента, отражают параметры, создающие ценности для пациента, по мнению самого пациента. Например, показатели качества жизни, способность к ежедневным манипуляциям (самообслуживанию) и тяжесть симптомов после перенесённого заболевания, а также удовлетворённость взаимодействием с медицинским персоналом. Результаты, ориентированные на другие заинтересованные стороны, — это характеристики, оцениваемые представителями пациентов, иными лицами и организациями (внешние (государство) и внутренние (руководители медицинских организаций, персонал) стороны). Основными критериями оценки стали доступность медицинской помощи и лекарственных препаратов, качество ухода за пациентами, уровень расходов на медицинские услуги и др. Авторы также отмечают необходимость внедрения стандартизации в оказание медицинской помощи для уменьшения вариации, для того чтобы процессы оставались чувствительными к потребностям пациента, обеспечивали непрерывность оказания медицинской помощи [27].

В Италии в одной из клиник, занимающейся лечением ожирения, внедрена система, ориентированная на ценности для пациентов [37]. Основной задачей клиники при переходе на концепцию ЦОЗ явилась организация помощи в виде комплексного объёма услуг пациентам с ожирением. Оказание медицинской помощи таким пациентам осуществляла мультидисциплинарная бригада специалистов от этапа обращения до истечения одного года с момента выписки, были оценены отсроченные последствия лечения. В бригаду специалистов входили не только врачи, занимающиеся проблемой избыточного веса, но и кардиологи, эндокринологи, хирурги и другие специ-

алисты, т.к. большинство пациентов имели сопутствующие заболевания, для которых ожирение выступало фактором риска. Авторы отмечают, что без оказания помощи по сопутствующей патологии невозможно получить желаемые результаты, ценные для пациента. Для анализа результатов системы разработаны следующие критерии результативности: отражающие ценность с точки зрения пациента — потеря избыточной массы тела (в %); отражающие улучшение качества жизни — возможность или объём физической активности, трудоспособность, самообслуживание; отражающие приверженность лечению — соблюдение рекомендаций специалистов (в течение 1 года); клинические результаты — смертность (в том числе через год после выписки), заболеваемость, частота повторных госпитализаций и повторных операций по поводу ожирения в течение 30 дней после операции, послеоперационная боль, тошнота и рвота в 0-й, 1-й и 2-й дни и через 1 нед после операции. По результатам проекта по внедрению ценностно-ориентированного подхода все показатели клиники превышали аналогичные показатели европейских стран. Авторы данного подхода доказали возможность применения ЦОЗ для вовлечения пациентов в полный цикл лечения.

P. Aspelin и соавт. описали особенности внедрения ЦОЗ в радиологии [38]. В Швеции возникла концепция смещения акцента с улучшения производительности рентгенологических технологий на увеличение пользы, которую они приносят пациенту, т.е. с производства услуги на ценность для пациента. Основной задачей проекта явилось уменьшение числа рентгенологических исследований при повышении их качества. Основной задачей по внедрению ЦОЗ явилась разработка соответствующих методов измерения ценности. Авторы отмечают, что классические показатели исходов, такие как выживаемость или другие показатели, отдалённые во времени, в меньшей степени подходят для оценки ценности в радиологии. Разработаны три группы показателей результативности: показатели, которые связаны с улучшением здоровья (например, повышение выживаемости при скрининге рака лёгких или молочной железы); показатели, отражающие снижение затрат на лечение (более быстрая и надёжная диагностика, например, при остром аппендиците); показатели, связанные с продолжительностью эпизода оказания помощи (более быстрая диагностика, время начала лечения, оценка эффекта лечения и т.д.) Внедрение концепции ценностно-ориентированной радиологии продемонстрировало более высокие результаты по сравнению с традиционной системой проведения рентгенологических исследований [38].

В отечественной литературе значительная часть публикаций посвящена теоретическим основам ЦОЗ в Российской Федерации [39–41] и не содержит весомого опыта внедрения. Наиболее прогрессивным направлением, в котором продвигаются отдельные элементы ЦОЗ, является система лекарственного обеспечения, что, с одной стороны, объясняется активным внедрением современных препаратов и медицинских изделий в клиническую практику, с другой — высокими затратами государства. В системе здравоохранения с 2020 г. рассматривается вопрос о внедрении системы разделения рисков, которая предполагает оплату производителю лекарственных средств за использование тех препаратов, которые показали эффективность своего применения. Эксперты отмечают, что данная модель трудно реализуема в условиях экономических санкций, недостаточного импортозамещения на рынке

лекарственных средств и медицинской техники. Внедрение ЦОЗ требует создания регистров пациентов с целью накопления достаточного объёма данных о заболеваниях для анализа лучших практик по ведению пациентов. В свою очередь, процесс сбора информации невозможен без цифровизации отрасли. Препятствием к внедрению ЦОЗ является также калькуляция прямых и косвенных затрат на предоставление медицинской помощи [40, 41].

### Заключение

Внедрение ЦОЗ в разных странах связано с необходимостью совершенствования оказания медицинской помощи в связи с увеличением потребности населения в медицинских услугах и дефицитом ресурсов здравоохранения, что, в свою очередь, обусловлено увеличением продолжительности жизни населения, ростом уровня хронических неинфекционных заболеваний. В основе оценки деятельности ЦОЗ находятся стандартизированные показатели, которые отражают ценность для пациентов. Они систематизированы по профилям, нозологическим формам, и результаты оказания медицинской помощи каждому пациенту оцениваются по определённому набору показателей при завершении случая и в долгосрочной перспективе. Для функционирования ЦОЗ создаются многопрофильные, мультидисциплинарные бригады специалистов для объединения имеющихся ресурсов и координации оказания медицинской помощи. В таких моделях все процессы, происходящие в медицинских организациях, стандартизированы, что позволяет сокращать потери и издержки на всех этапах оказания медицинской помощи и повышать результаты, ценные для пациентов. Создание ЦОЗ позволит соблюсти баланс медико-экономической эффективности, построить систему, предоставляющую медицинскую помощь высокого качества в оптимальных условиях, ориентированную на улучшение медико-демографических показателей.

### ЛИТЕРАТУРА

(п.п. 2–12, 14–38 см. References)

1. Шлякто Е.В. Новые лечебные технологии в эпоху ценностной медицины: достижения и перспективы. В кн.: *Материалы IV Всероссийской конференции с международным участием «Актуальные вопросы доклинических и клинических исследований лекарственных средств, биомедицинских клеточных продуктов и клинических испытаний медицинских изделий»*. СПб.; 2018.
13. Шлякто Е.В., Конради А.О. Медицина, основанная на ценности, – новая парадигма в здравоохранении. *Ремедиум Приволжье*. 2018; (3): 4–8.
39. Шахатов И.В., Мельников Ю.Ю., Смышляев А.В. Ценностный подход в управлении медицинской организацией: оптимизация взаимосвязи затрат и результатов. *Научное обозрение*. 2020; (4): 49–54. <https://doi.org/10.17513/srms.1128>
40. Ковалева К.А., Наркевич И.А., Немытых О.Д., Васягина Ю.А. Анализ федеральных программ льготного лекарственного обеспечения населения. *Ремедиум*. 2019; (3): 54–8. <https://doi.org/10.21518/1561-5936-2019-3-54-58>
41. Домбровский В.С., Мусина Н.З., Мельникова Л.С. Ценностно-ориентированные закупки медицинских изделий. *Медицинские технологии. Оценка и выбор*. 2020; (2): 9–17. <https://doi.org/10.17116/medtech2020400219>

### REFERENCES

1. Shlyakhto E.V. New therapeutic technologies in the era of value medicine: achievements and prospects. In: *Materials of the IV All-Russian Conference with International Participation «Topical Issues of Preclinical and Clinical Research of Medicines, Biomedical Cell Products and Clinical Trials of Medical Devices» [Materialy IV Vserossiyskoy konferentsii s mezhduнародnym uchastiem*

- «Aktual'nye voprosy doklinicheskikh i klinicheskikh issledovaniy lekarstvennykh sredstv, biomeditsinskikh kletochnykh produktov i klinicheskikh ispytaniy meditsinskikh izdeliy»]. St. Petersburg; 2018. (in Russian)
2. Fabbri E., Zoli M., Gonzalez-Freire M., Salive M., Studenski S., Ferrucci L. Aging and multimorbidity: new tasks, priorities, and Frontiers for integrated Gerontological and clinical research. *J. Am. Med. Dir. Assoc.* 2015; 16(8): 640–7. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.03.013>
  3. Tanja S., Jens J., Annette H., Heidi M., Betina S., Anne-Marie T., et al. Protocol for evaluating and implementing a pragmatic value-based healthcare management model for patients with inflammatory arthritis: a Danish population-based regional cohort and qualitative implementation study. *BMJ Open*. 2018; 8(10): 1–9. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023915>
  4. Strazzabosco M., Allen J., Teisberg E. Value-based care in hepatology. *Review Hepatology*. 2017; 65(5): 1749–55. <https://doi.org/10.1002/hep.29042>
  5. Vermeersch S., Demeester R., Ausselet N., Callens S., Munter P., Eric Florence E., et al. A public health value-based healthcare paradigm for HIV. *BMC Health Serv. Res.* 2022; 22(1): 13. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07371-7>
  6. Busink E., Canaud B., Schröder-Bäck P., Paulus A., Evers S., Apel C., et al. Chronic kidney disease: exploring value-based healthcare as a potential viable solution. *Blood Purif.* 2019; 47(1–3): 156–65. <https://doi.org/10.1159/000496681>
  7. Fuchs B., Studer G., Bode B., Wellauer H., Frei A., Theus C., et al. Development of a value-based healthcare delivery model for sarcoma patients. *Swiss Med. Wkly.* 2021; 151: w30047. <https://doi.org/10.4414/sm.w.2021.w30047>
  8. Esposti F., Banfi G. Fighting healthcare rocketing costs with value-based medicine: the case of stroke management. *BMC Health Serv. Res.* 2020; 20(1): 75. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4925-0>
  9. Porter M., Teisberg E. *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*. Boston, Massachusetts: Harvard Business Scholl Publishing; 2006.
  10. Hurst L., Mahtani K., Pluddemann A., Lewis S., Harvey K., Briggs A., et al. *Defining Value-Based Healthcare in the NHS*. Oxford: University of Oxford; 2019.
  11. Porter M. What is value in health care? *N. Engl. J. Med.* 2010; 363(26): 2477–81.
  12. Porter M., Guth C., Dannemiller E. *The West German Headache Center: Integrated Migraine Care*. Harvard: Harvard Business School Case; 2007: 707–759.
  13. Shlyakhto E.V., Konradi A.O. Value-based medicine is a new paradigm in healthcare. *Remedium Privolzh'e*. 2018; (3): 4–8. (in Russian)
  14. Zanotto B., Beck A., Marcolino M., Polanczyk C. Value-based healthcare initiatives in practice: a systematic review. *J. Healthc. Manag.* 2021; 66(5): 340–65. <https://doi.org/10.1097/JHM-D-20-00283>
  15. Tsai M., Porter J., Adams D. The denominator in value-based health care: Porter's hidden costs. *Anesth. Analg.* 2018; 127(1): 317. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000003401>
  16. Rosalia R., Wahba K., Milevska-Kostova N. How digital transformation can help achieve value-based healthcare: Balkans as a case in point. *Lancet Reg. Health Eur.* 2021; 4: 100100. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100100>
  17. Kingsley C., Patel S. Patient-reported outcome measures and patient-reported experience measures. *BJA Educ.* 2017; 17(4): 137–44. <https://doi.org/10.1093/bjaed/mkw060>
  18. Gentry S., Badrinath P. Defining health in the era of value-based care: lessons from England of relevance to other health systems. *Cureus*. 2017; 9(3): e1079. <https://doi.org/10.7759/cureus.1079>
  19. Marmot M. Health in an unequal world. *Lancet*. 2006; 368(9552): 2081–94. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69746-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69746-8)
  20. Wheeler S., Spencer J., Rotter J. Toward value in health care: perspectives, priorities, and policy. *N.C. Med. J.* 2018; 79(1): 62–5. <https://doi.org/10.18043/ncm.79.1.62>
  21. Armstrong M., Mullins D. Value assessment at the point of care: incorporating patient values throughout care delivery and a draft taxonomy of patient values. *Value Health.* 2017; 20(2): 292–5. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2016.11.008>
  22. Perfetto E., Ohrlein E., Boutin M., Reid S., Gascho E. Value to whom? The patient voice in the value discussion. *Value Health.* 2017; 20(2): 286–291. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2016.11.014>
  23. Enthoven A. Integrated delivery systems: the cure for fragmentation. *Am. J. Manag. Care.* 2009; 15(10 Suppl.): S284–90.
  24. Huber M., Knottnerus J., Green L., Horst H., Jadad A., Kromhout D., et al. How should we define health? *BMJ*. 2011; 343: 4163. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>
  25. Gray J., Abbasi K. How to get better value healthcare. *J. Royal Soc. Med.* 2007; 100(10): 480. <https://doi.org/10.1177/014107680710001019>

26. Armstrong M., Mullins D. Value assessment at the point of care: incorporating patient values throughout care delivery and a draft taxonomy of patient values. *Value Health*. 2017; 20(2): 292–5. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2016.11.008>
27. Ijntema R., Barten D., Duits H., Tjemkes B., Veenhof C. A health care value framework for physical therapy primary health care organizations. *Qual. Manag. Health Care*. 2021; 30(1): 27–35. <https://doi.org/10.1097/QMH.0000000000000289>
28. Khazanie P., Allen L. Systematizing heart failure population health. *Heart Fail. Clin*. 2020; 16(4): 457–66. <https://doi.org/10.1016/j.hfc.2020.06.006>
29. Burns D., Arora J., Okunade O., Beltrame J., Bernardez-Pereira S., Crespo-Leiro M., et al. International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM): standardized patient-centered outcomes measurement set for heart failure patients. *JACC Heart Fail*. 2020; 8(3): 212v222. <https://doi.org/10.1016/j.jchf.2019.09.007>
30. Terwee C., Zuidgeest M., Vonkeman H., Cella D., Haverman L., Roorda L.D., et al. Common patient-reported outcomes across ICHOM Standard Sets: the potential contribution of PROMIS. *BMC Med. Inform. Decis. Mak*. 2021; 21(1): 259. <https://doi.org/10.1186/s12911-021-01624-5>
31. Teisberg E., Wallace S., O'Hara S. Defining and implementing value-based health care: a strategic framework. *Acad. Med*. 2020; 95(5): 682–5. <https://doi.org/10.1097/ACM.00000000000003122>
32. Weinberge S. Providing high-value, cost-conscious care: a critical seventh general competency for physicians. *Ann. Intern. Med*. 2011; 155(6): 386–8. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-6-201109200-00007>
33. Bodenheimer T., Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Ann. Fam. Med*. 2014; 12(6): 573–6. <https://doi.org/10.1370/afm.1713>
34. The King's Fund. Priorities for the NHS and social care in 2017. Available at: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/priorities-nhs-social-care-2017>
35. Gabriel L., Casey J., Gee M., Palmer C., Sinha J., Moxham J., et al. Value-based healthcare analysis of joint replacement surgery for patients with primary hip osteoarthritis. *BMJ Open Qual*. 2019; 8(2): e000549. <https://doi.org/10.1136/bmj-2018-000549>
36. Leyton-Mange A., Andrawis J., Bozic K. Value-based healthcare: a surgeon value scorecard to improve value in total joint replacement. *Affiliations Expand*. 2018; 476(5): 934–6. <https://doi.org/10.1007/s11999-0000000000000130>
37. Goretti G., Marinari G., Vanni E., Ferrari C. Value-based healthcare and enhanced recovery after surgery implementation in a high-volume Bariatric Center in Italy. *Obes. Surg*. 2020; 30(7): 2519–27. <https://doi.org/10.1007/s11695-020-04464-w>
38. Aspelin P., Nordenström J. Value-based radiology – from efficiency to benefit. *Lakartidningen*. 2017; 114: EEYL. (in Swedish)
39. Shakhobov I.V., Mel'nikov Yu.Yu., Smyshlyayev A.V. Value-based approach in managing a medical facility: optimization of the relationship between costs and results. *Nauchnoe obozrenie*. 2020; (4): 49–54. <https://doi.org/10.17513/srms.1128> (in Russian)
40. Kovaleva K.A., Narkevich I.A., Nemyatykh O.D., Vasyagina Yu.A. Review of federal medicine assistance schemes. *Remedium*. 2019; (3): 54–8. <https://doi.org/10.21518/1561-5936-2019-3-54-58> (in Russian)
41. Dombrovskiy V.S., Musina N.Z., Mel'nikova L.S. Value-based procurement of medical devices. *Meditsinskie tekhnologii. Otsenka i vybor*. 2020; (2): 9–17. <https://doi.org/10.17116/medtech2020400219> (in Russian)