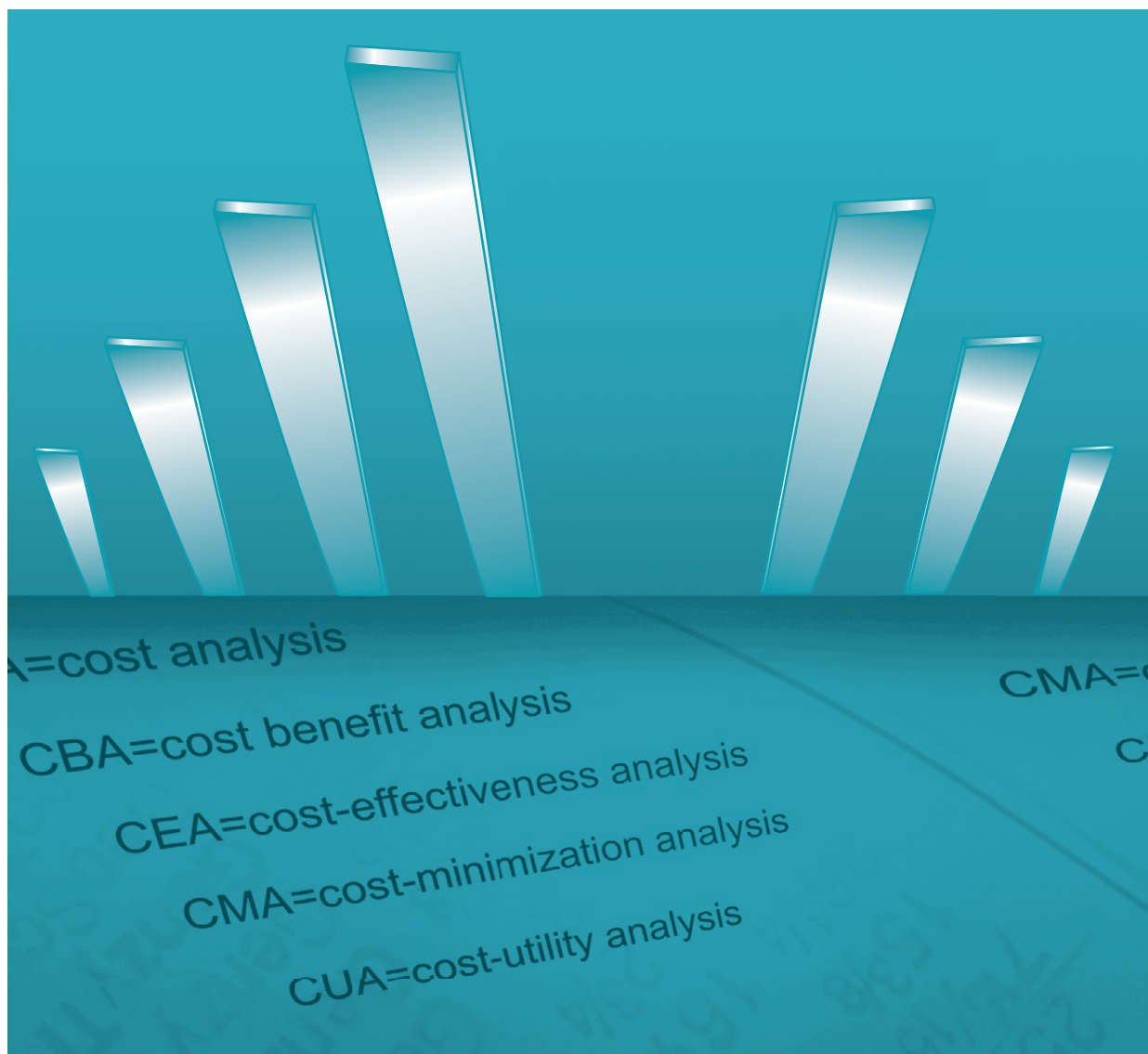


Фармакоэкономика

Современная Фармакоэкономика и Фармакоэпидемиология



FARMAKOEKONOMIKA
Modern Pharmacoeconomic and Pharmacoepidemiology
2020 Vol. 13 No4

www.pharmacoeconomics.ru

- Фармакоэкономический анализ назначения antimicrobных препаратов первого выбора для амбулаторного лечения нетяжелой внебольничной пневмонии
- Анализ социально-экономического бремени спинальной мышечной атрофии в Российской Федерации
- Фармакоэкономическая целесообразность применения лекарственного препарата Гемангиол (пропранолол, раствор для приема внутрь) при лечении пролиферирующей инфантильной гемангиомы, требующей системной терапии

№4 Том 1
2020

<https://doi.org/10.17749/2070-4909/farmakoeconomika.2020.042>

ISSN 2070-4909(print)

ISSN 2070-4933 (online)

Концепция ценностно-ориентированного здравоохранения

Мусина Н.З.^{1,2,3}, Омеляновский В.В.^{1,4,5}, Гостищев Р.В.⁶, Сухоруких О.А.^{1,4}, Федяева В.К.^{1,3}, Сисигина Н.Н.^{1,3,4}, Щуров Д.Г.¹

¹ Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Хохловский пер., вл. 10 стр. 5, Москва 109028, Россия)

² Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный химико-фармацевтический университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ул. Профессора Попова, д. 14, лит. А, Санкт-Петербург 197376, Россия)

³ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации» (просп. Вернадского, д. 82, Москва 119571, Россия)

⁴ Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский финансовый институт» Министерства финансов Российской Федерации (Настасьинский пер., д. 3 стр. 2, Москва 127006, Россия)

⁵ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ул. Баррикадная, д. 2/1, стр.1, Москва 125993, Россия)

⁶ Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница № 40 Департамента здравоохранения города Москвы» (ул. Сосенский стан, д. 7, Москва 129301, Россия)

Для контактов: Мусина Нурия Загитовна, e-mail: nuriyamusina@gmail.com

РЕЗЮМЕ

В статье описаны цели и основные принципы концепции ценностно-ориентированного здравоохранения (ЦОЗ). Актуальность внедрения данного подхода в систему здравоохранения РФ обусловлена тем, что при контроле и оплате медицинской помощи оценка результатов лечения осуществляется выборочно и на отдельных этапах. Система оплаты медицинской помощи учитывает лишь ее объемы, а не достижение значимого для пациента результата лечения. Проведен обзор зарубежного опыта по внедрению концепции ЦОЗ, а также новых методов оплаты медицинской помощи, таких как «пакетное финансирование» и «оплата за результат». Согласно международному опыту, внедрение ценностно-ориентированного подхода позволяет повысить качество медицинской помощи и оптимизировать расходы. Для осуществления перехода в РФ на ценностно-ориентированную модель необходимо обеспечение информатизации медицинского процесса, развитие и совершенствование системы контроля качества медицинской помощи (разработка результирующих критериев качества медицинской помощи для всех заболеваний) и внедрение рейтингования медицинских организаций. При условии наличия этих составляющих возможен дальнейший переход на P4P при оплате медицинской помощи. Целесообразно внедрение принципов ЦОЗ и в другие процессы в здравоохранении, в частности в закупку лекарственных препаратов и медицинских изделий, в процесс их ценообразования и возмещения стоимости.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

Ценностно-ориентированное здравоохранение, ценностная медицина, оплата за результат, соглашения о разделении рисков, оценка исходов пациентами, пациент-ориентированное здравоохранение, контроль качества медицинской помощи, оплата медицинской помощи.

Статья поступила: 14.05.2020 г.; в доработанном виде: 26.06.2020 г.; принята к печати: 04.09.2020 г.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии необходимости раскрытия финансовой поддержки или конфликта интересов в отношении данной публикации.

Все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.

Для цитирования

Омеляновский В.В., Мусина Н.З., Гостищев Р.В., Сухоруких О.А., Федяева В.К., Сисигина Н.Н., Щуров Д.Г. Концепция ценностно-ориентированного здравоохранения. *ФАРМАКОЭКОНОМИКА. Современная Фармакоэкономика и Фармакоэпидемиология*. 2020; 13 (4): 438-451 <https://doi.org/10.17749/2070-4909/farmakoeconomika.2020.042>

Concept of value-based healthcare

Musina N.Z.^{1,2,3}, Omelyanovskiy V.V.^{1,4,5}, Gostishev R.V.⁶, Sukhorukikh O.A.^{1,2}, Fedyeva V.K.¹, Sisigina N.N.^{1,2,5}, Shchurov D.G.¹

¹ Center for Healthcare Quality Assessment and Control, Ministry of Health of the Russian Federation (10-5 Khokhlovsky per., Moscow 109028, Russia)

² Saint Petersburg State Chemical Pharmaceutical University of the Ministry of Health of the Russian Federation (14/A Prof. Popov Str., Saint Petersburg 197376, Russia)

³ Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration (84-2 Prospect Vernadskogo, Moscow 119571, Russia)

⁴ Financial Research Institute of the Ministry of Finance of Russia (3-2 Nastasyinsky per., Moscow 127006, Russia)

⁵ Russian Medical Academy of Continuous Professional Education of the Ministry of Health of the Russian Federation (2/1, bld.1 Barrikadnaya Str., Moscow 125993, Russia)

⁶ City Clinical Hospital №40 of Moscow Healthcare Department (8 Sosenskiy stan Str., Moscow 129301, Russia)

Corresponding author: Musina Nuriya Zagitovna, e-mail: nuriyamusina@gmail.com

SUMMARY

This article contains the aims and main principles of the concept of value-based healthcare (VBHC). The relevance of the implementation of this approach into the Russian healthcare system results from the fact that during the control and payment for medical care, the treatment outcomes are evaluated selectively and at separate stages. The medical care payment system considers only its volumes and not achieving the desired treatment outcome significant to a patient. A review of the world's best practices of introducing VBHC conception and, also new medical care payment methods such as bundled payment and pay-for-performance (P4P) has been conducted. According to international experience, VBHC increases the quality of medical care and provides the optimization of costs. To implement VBHC model in the Russian Federation, it is necessary to ensure the informatization of the providing medical care, development, and improvement of medical quality control systems (development of the resulting criteria for medical care quality for all diseases), and introduction of the rating system for medical organizations. Provided these processes are ensured, further progressing to P4P is possible. Moreover, it would also be feasible to implement VBHC in other healthcare processes including procurement of drugs and medical devices, their pricing, and reimbursement.

KEY WORDS

Value-based healthcare, value-based medicine, pay-for-performance, risk-sharing agreement, patient-reported outcome measures, patient-centered healthcare, medical care quality control, medical care payment.

Received: 14.05.2020; **in the revised form:** 26.06.2020; **accepted:** 04.09.2020.

Conflict of interests

The authors declare they have nothing to disclosure regarding the funding or conflict of interests with respect to this manuscript.

The authors contributed equally to this article.

For citation

Musina N.Z., Omelyanovskiy V.V., Gostischev R.V., Sukhorukikh O.A., Fedyaeva V.K., Sisigina N.N., Shchurov D.G. Concept of value-based healthcare. *FARMAKOEKONOMIKA. Sovremennaya farmakoeconomika i farmakoepidemiologiya / FARMAKOEKONOMIKA. Modern Pharmacoeconomics and Pharmacoepidemiology.* 2020; 13 (4): 438-451 (in Russ.). <https://doi.org/10.17749/2070-4909/farmakoeconomika.2020.042>

Основные моменты

Что уже известно об этой теме?

- ▶ Ценностно-ориентированное здравоохранение (ЦОЗ) является новой концепцией развития здравоохранения, направленной на повышение качества и ценности медицинской помощи для пациента. В зарубежных странах внедряются пилотные проекты ЦОЗ при лечении различных заболеваний
- ▶ Переход на ЦОЗ требует изменений всей системы здравоохранения: контроля качества, организации и оплаты медицинской помощи
- ▶ В настоящее время система оплаты медицинской помощи учитывает лишь ее объемы, а не достижение значимого для пациента результата лечения. Переход на новые методы оплаты (оплата за результат) позволит оптимизировать расходы на оплату медицинской помощи

Что нового дает статья?

- ▶ На основании зарубежного опыта выделены основные составляющие ЦОЗ
- ▶ Обобщены и систематизированы формы реализации ЦОЗ
- ▶ Определены барьеры к реализации ЦОЗ в РФ

Как это может повлиять на клиническую практику в обозримом будущем?

- ▶ Совершенствование системы контроля качества медицинской помощи, внедрение контроля конечных исходов, важных для пациента
- ▶ Совершенствование системы оплаты медицинской помощи, внедрение оплаты за результат. Использование в качестве «результата» конечных исходов, важных для пациентов
- ▶ Совершенствование организации оказания медицинской помощи, переход на интегрированный (междисциплинарный) подход

Highlights

What is already known about this subject?

- ▶ VBHC is a new concept of the development of the healthcare system targeted for an increase in the quality and value of medical care for patients. In foreign countries, pilot VBHC projects are implemented for different diseases
- ▶ Implementation of VBHC requires changes of all the system of healthcare: quality control, organization, and payment for medical care
- ▶ Presently, the system of payment for medical care considers only its volume and not significant achievements for patients. A shift to new methods of payment (P4P) will provide optimization of medical care costs

What are the new findings?

- ▶ Based on foreign experience, the main elements of VBHC were defined
- ▶ The forms of implementation of VBHC were summarized and systematized
- ▶ Obstacles to the implementation of VBHC were established

How might it impact on clinical practice in the foreseeable future?

- ▶ The improvement of the quality control system of medical care, the implementation of the patient-significant outcome control
- ▶ The improvement of the system of payment for medical care, implementation of P4P payment system. The patient-significant outcome as a performance result
- ▶ The improvement of the organization of medical service, transfer to the integrated (interdisciplinary) approach

ВВЕДЕНИЕ / INTRODUCTION

Современное здравоохранение с каждым годом становится все более технологичным и инновационным, способным не только продлевать жизнь, но и значительно улучшать качество жизни пациентов. Однако появление новых дорогостоящих технологий, как и наличие других объективных причин (старение населения, рост удельного веса хронических заболеваний и т.д.) ведет к неуклонному росту расходов на здравоохранение. Особую тревогу во всем мире вызывает тот факт, что в последнее время этот рост стал значительным, превысив во многих странах прирост ВВП [1]. К сожалению, высокие расходы на здравоохранение не всегда гарантируют достижение хороших показателей здоровья населения. Например, в США количество средств, выделяемых на здравоохранение, не соответствует достигаемым показателям здоровья (ожидаемой продолжительности жизни) в сравнении с другими экономически развитыми странами: при сопоставимой продолжительности жизни в 2015 г. расходы США на здравоохранение составили 9 507 долл. США на душу населения, в то время как расходы Чехии – 2 434 долл. США (рис. 1) [2].

В РФ, как видно из рисунка 1, при существующем сегодня уровне финансирования здравоохранения, показатели здоровья населения (ожидаемая продолжительность жизни), находятся ниже общего тренда, что свидетельствует о возможном неэффективном расходовании средств. Это также подтверждается результатами проведенных исследований, согласно которым до 30% расходов на здравоохранение в РФ являются неэффективными [3].

Вопросы повышения эффективности системы здравоохранения стоят крайне остро во всем мире – как в России, так и в зарубежных странах. Конечно, в первую очередь это касается тех стран, где оплата медицинских услуг выстроена в формате оплаты за услуги (англ. – fee for service), что само по себе провоцирует рост количества оказываемых услуг и, как следствие, рост расходов (например, в США). Однако и в странах с более совершенной системой оплаты медицинской помощи, например, с оплатой за законченный случай (англ. – Diagnosis-

related group, DRG), также наблюдается постоянный рост расходов. При этом стоит отметить, что все существующие классические методы оплаты используют принцип оплаты за объемы медицинской помощи. Однако очевидно, что логичнее и рациональнее оплачивать не количество, а качество, – платить за ценность, полученную в результате лечения, а не за сам факт проведенного лечения.

Ряд исследований, направленных на изучение отдаленных результатов лечения, демонстрирует колоссальную вариативность исходов лечения в разных странах и в разных медицинских организациях. Примером может служить 6-кратная разница в частоте экстренных повторных госпитализаций после операций на тазобедренном суставе в Великобритании, 9-кратная разница в частоте осложнений при радикальной простатэктомии в голландских клиниках и 18-кратная разница в частоте проведения повторных вмешательств после операции на тазобедренном суставе в Германии [4].

Таким образом, во многих странах отмечается отсутствие зависимости между распределением финансовых средств в рамках оплаты медицинской помощи и наиболее значимыми для системы здравоохранения достигаемыми результатами – сохранением здоровья населения. Вследствие этого в последние годы в зарубежных странах сформировался новый подход – ценностно-ориентированное здравоохранение (англ. – value-based healthcare, VBHC).

ЦЕЛЬ И ВОЗМОЖНЫЕ ФОРМЫ РЕАЛИЗАЦИИ ЦЕННОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННОГО ПОДХОДА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ / AIM AND POSSIBLE WAYS OF IMPLEMENTATION OF THE CONCEPT OF VALUE-BASED HEALTHCARE

Сутью концепции ценностно-ориентированного здравоохранения (ЦОЗ) является смещение парадигмы от контроля процессов, объемов и исходов оказания медицинской помощи к контролю конечных результатов, действительно важных для пациента [5]. Основная цель ЦОЗ – не минимизировать затраты, а максимизировать «ценность», определяемую как отношение

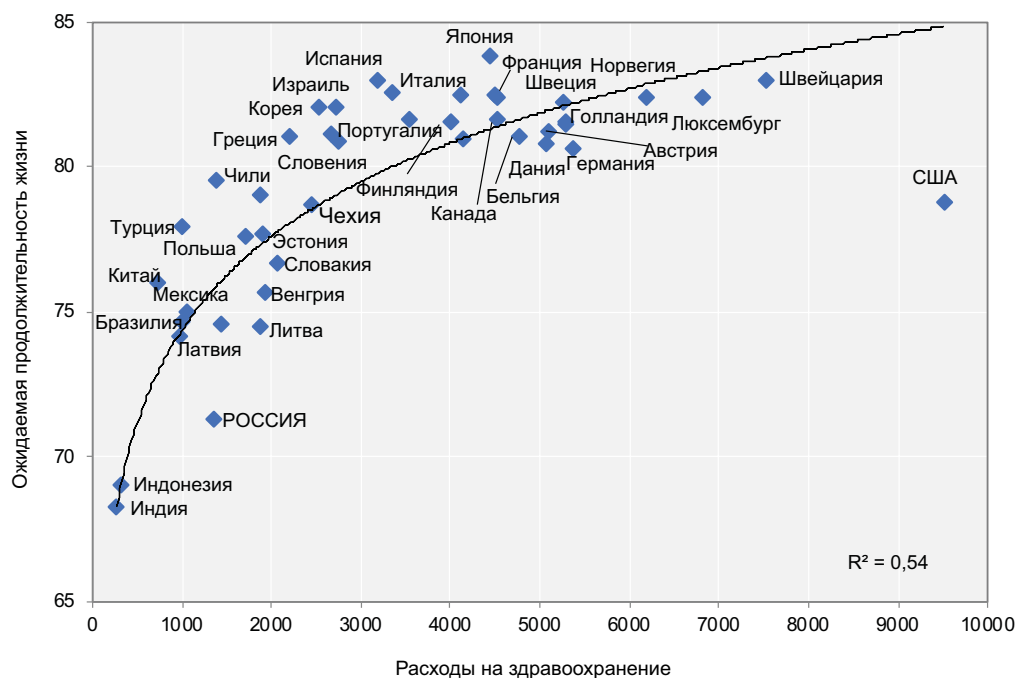


Рисунок 1. Ожидаемая продолжительность жизни и расходы на здравоохранение на душу населения (в долларах США, по паритету покупательной способности) [адаптировано из 2].

Figure 1. Life expectancy and healthcare costs per capita (in USD, at parity of purchasing power) [adapted from 2].

исходов, важных для пациентов, к затратам для их достижения. Для достижения реальных результатов и перехода на новую модель здравоохранения подходы ЦОЗ должны учитываться при принятии ключевых решений на протяжении всей системы оказания медицинской помощи [6]. Взаимодействие всех участников процесса финансирования и оказания медицинской помощи может быть представлено в виде схемы (рис. 2). При этом ценностно-ориентированный подход может реализовываться при выборе поставщика (медицинских услуг, лекарственных препаратов, медицинских изделий), при определении цены (на лекарственный препарат, медицинские изделия), а также лежать в основе оплаты медицинской помощи. ЦОЗ также меняет формат взаимодействия медицинских организаций со всеми остальными участниками процесса финансирования и оказания медицинской помощи (плательщиками, пациентами), в т.ч. с поставщиками и производителями лекарственных препаратов и медицинских изделий. При этом плателльщики и медицинские организации все чаще используют новые методы оплаты, такие как оплата за результат (англ. – pay-for-performance, P4P).

Например, при закупке дорогостоящих лекарственных препаратов и медицинских изделий заключаются соглашения о «разделении рисков» (англ. – risk-sharing agreements), в соответствии с которыми оплата лечения осуществляется для тех пациентов, лечение которых оказалось эффективным, то есть производится «оплата за результат». Применение данного подхода позволяет расширить доступность инновационных лекарственных препаратов и медицинских изделий в условиях ограниченного бюджета и повысить эффективность расходования бюджетных средств [7]. Также ценностно-ориентированный подход применяется в зарубежных странах для ценообразования на лекарственные препараты (англ. – value-based pricing, VBP). VBP позволяет учесть уровень дополнительной терапевтической ценности лекарственного препарата, по сравнению с уже применяемыми в клинической практике, и определить обоснованную цену, исходя из терапевтической ценности препарата для пациента и системы здравоохранения, а не традиционно, на основании затрат, понесенных

производителем на разработку, производство и продвижение.

Для обеспечения медицинских организаций и пациентов медицинскими изделиями в европейских странах все чаще используются ценностно-ориентированные закупки (англ. – value-based procurement). Данный подход основывается на том, что при принятии решений о закупках необходимо учитывать прежде всего, как то или иное медицинское изделие может обеспечить наилучшие измеряемые результаты для пациента и системы здравоохранения. Это позволяет снизить общую стоимость обслуживания, а не сосредотачиваться исключительно на покупке медицинского изделия по минимально возможной цене, без учета сопутствующих расходов и эффективности [8].

Все вышеназванные форматы реализации ценностно-ориентированного подхода уже сегодня широко внедряются в зарубежных странах. Однако наиболее сложным, но в то же время важным, является внедрение ЦОЗ в процесс оказания и оплаты медицинской помощи. Далее в статье более подробно рассмотрена концепция ЦОЗ применительно к процессам оказания и оплаты медицинских услуг (взаимодействие с пациентами и с плательщиками).

ОСНОВНЫЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ КОНЦЕПЦИИ ЦОЗ / MAJOR ELEMENTS OF VALUE-BASED HEALTHCARE CONCEPT

Основоположником концепции ЦОЗ в сфере здравоохранения является американский экономист, профессор Гарвардской школы бизнеса, специалист в области изучения экономической конкуренции – Майкл Портер. Портер описывает в своих работах конкуренцию в сфере оказания медицинских услуг, как основополагающий механизм повышения качества. По его мнению, наиболее эффективным способом ее достижения является внедрение системы рейтингования (бенчмаркинга). Причем подобное рейтингование имеет место на уровне отдельных врачей и медицинских организаций (на региональном, национальном и межстрановом уровнях). Согласно М. Портеру, «как только исходы лечения подвергаются

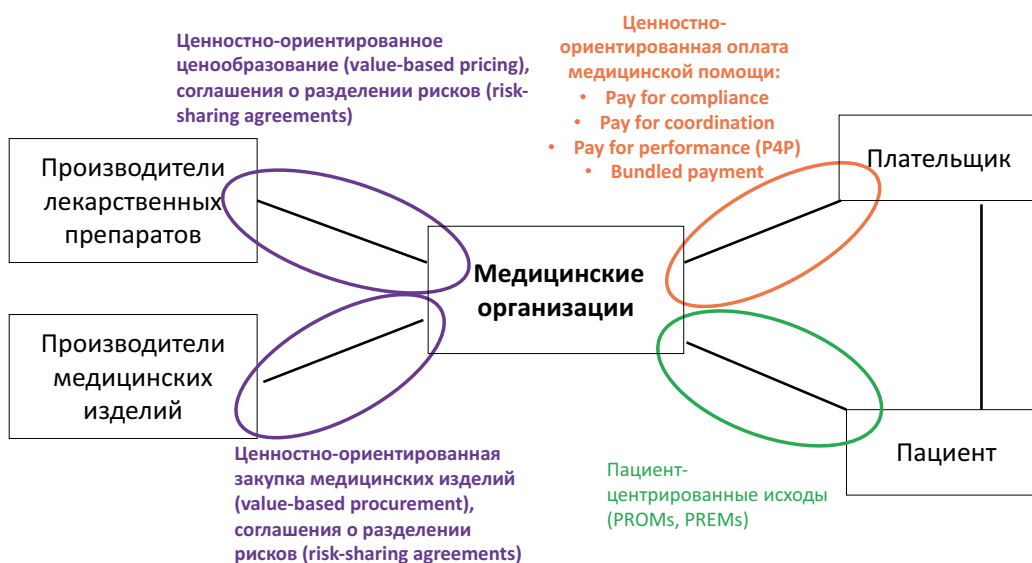


Рисунок 2. Возможности реализации ценностно-ориентированного подхода при взаимодействии основных участников процесса оказания медицинской помощи.

Figure 2. Possibilities of implementation of value-based healthcare approach in case of cooperation of the main medical care providers.

измерению – качество оказания медицинской помощи резко возрастает», а врачи и медицинские организации, отстающие в рейтинге, получают возможность учиться у лучших [9].

В соответствии с концепцией М. Портера, основными составляющими ЦОЗ являются следующие: измерение исходов оказания медицинской помощи и затрат на индивидуальном уровне; информатизация здравоохранения; реализация интегрированного подхода к оказанию медицинской помощи; а также переход на новые методы оплаты поставщикам медицинских услуг (оплата за результат, пакетное финансирование) [9]. Далее подробно рассмотрен каждый из этих компонентов.

Измерение исходов оказания медицинской помощи на индивидуальном уровне

Необходимо отметить, что внедрение рейтингования (бенчмаркинга) возможно только при условии стандартизации подходов к оценке результатов оказания медицинской помощи (исходов), именно поэтому в настоящее время различные организации разрабатывают и внедряют стандартизованные наборы (сеты, чек-листы) оценки исходов. Одной из таких организаций является некоммерческая организация «Международный консорциум по оценке исходов лечения» (International Consortium of Health Outcomes, ICHOM). ICHOM привлекает экспертов в области здравоохранения и пациентов для разработки стандартизованных инструментов (сетов) измерения исходов по конкретным заболеваниям. В стандартизованные сеты, разработанные ICHOM, входят два основных модуля сбора данных: клинические данные и данные оценки исходов пациентами (англ. – patient reported outcomes measures, PROMs). В зависимости от заболевания, в рамках которого внедряется ценностно-ориентированные подходы, временная шкала сбора данных колеблется от трех месяцев (измерение исходов лечения катаракты) до пожизненного наблюдения (измерение исходов лечения воспалительных заболеваний кишечника, ишемической болезни сердца и др.) [10,11]. В настоящее время ICHOM совместно с международным экспертным сообществом разработано 29 стандартизованных сетов, еще девять находятся на стадии разработки.

Данные о результатах оказания медицинской помощи в соответствии с определенным ICHOM подходом разделяются на три категории по уровням: первый уровень «Достигнутое состояние здоровья»; второй уровень «Процесс выздоровления»; третий уровень «Устойчивость достигнутого результата» (рис. 3) [12]. Очевидно, что процесс совершенствования системы контроля качества медицинской помощи идет от простого к сложному. Именно поэтому изначально система контроля ориентирована на конечные исходы лечения (достигнутое состояние здоровья), далее на длительность и «комфортность для пациента» процесса лечения (процесс выздоровления) и в более совершенном варианте – на оценку долгосрочности достигнутых результатов (устойчивость достигнутого результата).

Ключевым аспектом ЦОЗ является выявление наиболее значимых для пациента результатов оказания медицинской помощи (англ. – patient-centered outcomes) и сбор данных непосредственно от пациента (англ. – patient-reported outcomes).

К данным, полученным от пациентов, относятся как данные об оценке исходов пациентами (PROMs), так и данные о восприятии пациентом процесса лечения (англ. – patient-reported experience measures, PREMs): PROMs могут быть получены от пациентов с помощью различных опросников. Опросники могут быть общими, то есть универсальными для всех заболеваний (например, EQ-5D, SF-36, HUI), и специфическими, то есть предназначенными для оценки лечения конкретных заболеваний.

PREMs дают информацию о восприятии пациентом проводимому лечению. Такие данные косвенно информируют о качестве лечения. На восприятие пациента медицинская организация может эффективно влиять, повышая качество обслуживания, сервисность. Для этого важны уважение к пациенту, ориентация на его интересы и ожидания, открытость общения и вовлеченность пациента в процесс принятия решений о лечении [13].

Примером, демонстрирующим важность учета PROMs, являются исходы, которые были выявлены при опросе пациентов после хирургического лечения рака предстательной железы. При этом сравнивались две клиники, занимающиеся



Рисунок 3. Классификация данных о результатах оказания медицинской помощи в соответствии с подходом Международного консорциума по оценке исходов лечения» (англ. – International Consortium of Health Outcomes, ICHOM) [12].
Figure 3. Classification of the data on the results of medical service according to the International Consortium of Health Outcomes (ICHOM) approach [12].

Данная интернет-версия статьи была скачана с сайта <http://www.pharmacoeconomics.ru>. Не предназначено для использования в коммерческих целях. Информацию о репринтах можно получить в редакции. Тел.: +7 (495) 649-54-95; эл. почта: info@irbis-1.ru



Рисунок 4. Исходы при лечении рака предстательной железы [14].
Figure 4. Prostate cancer treatment outcomes.

лечением данного заболевания: одна имела показатели на среднем уровне, а другая оказалась лучшей в стране. По показателям смертности (5-летняя выживаемость) не было выявлено никаких различий (рис. 4). Однако при сравнении таких исходов, как недержание мочи и импотенция (данные по этим исходам были получены непосредственно от пациентов), разница очевидна. Именно эти исходы оказались крайне важны для пациентов, так как они определяют качество жизни. Вполне вероятно, что если пациент будет знать, что при лечении в одной из клиник риск развития недержания мочи и импотенции после операции значительно выше, то это неминуемо повлияет на его выбор, несмотря на то, что в обеих клиниках показатели 5-летней выживаемости не отличаются. Зачастую, оценка исходов пациентами может быть важнее, чем клинический исход [14].

Таким образом, улучшение данных оценки исходов пациентами является ключевой задачей ЦОЗ, однако ее достижение невозможно без измерения клинических исходов. По-видимому, внедрение системы оценки PROMs и PREMs, как элемента всей системы оценки качества медицинской помощи, позволит обеспечить переориентацию здравоохранения на пациент-ориентированный подход.

Результаты такого комплексного анализа исходов делают возможным не только сравнивать результаты лечения в разрезе конкретных врачей и медицинских организаций, но и оценивать вклад отдельных технологий здравоохранения в достижение «суммарного» клинического результата.

Измерение затрат на оказание медицинской помощи на индивидуальном уровне

В соответствии с концепцией ЦОЗ, ценность определяется как отношение исходов, важных для пациентов, к затратам на их достижение. Поэтому наряду с измерением исходов оказания медицинской помощи, также необходим сбор и анализ данных о затратах на оказание медицинской помощи на уровне отдельного пациента. Данные о результатах оказания медицинской помощи и финансовых средствах, затраченных на их достижение, позволяют определить наиболее клинико-экономически эффективные подходы к оказанию медицинской помощи. Благодаря глубокому анализу затрат появляется возможность по их оптимизации без ущерба для качества оказания медицинской помощи.

В настоящее время измерение затрат на оказание медицинской помощи на индивидуальном уровне затруднительно во многих

странах - медицинские организации не обладают информацией о реальной стоимости оказанной медицинской помощи в силу отсутствия системы учета реальных затрат на уровне пациента и отсутствия данных о влиянии затрат на исходы проводимого лечения.

Создание цифровой инфраструктуры (информатизация)

Внедрение подходов ЦОЗ, в т.ч. основных механизмов ее реализации – мониторинга затрат и исходов оказания медицинской помощи на индивидуальном уровне (на уровне одного пациента) – невозможно без внедрения информационно-технологических решений в отдельных медицинских организациях и информатизации всей системы здравоохранения.

Внедряемое программное обеспечение должно обеспечивать возможность вести прозрачный и объективный контроль за исходами лечения как по клиническим данным, так и по данным, полученным от пациента. Регистрация, анализ исходов и затрат должны проводиться в автоматическом или полуавтоматическом режиме, создавая минимальные трудозатраты для работников медицинских организаций. Программное обеспечение должно содержать в себе возможность глубокого статистического анализа данных, а также алгоритмы расчетов показателей для рейтингования.

При создании программного обеспечения для сбора и анализа клинических данных необходимо учитывать существующую цифровую инфраструктуру страны, региона и медицинской организации. Также на этапе разработки программного продукта необходимо определить перечень ожидаемых данных и алгоритмы их анализа: измерение исходов лечения, сопоставление исходов между собой с составлением рейтинга, анализ вклада процессов и технологий лечения в исход заболевания и т.д. [15,16].

Интегрированный подход к оказанию медицинской помощи

Оказание медицинских услуг в соответствии с концепцией ЦОЗ должно основываться на потребностях пациента. Обеспечение пациента качественной и своевременной медицинской помощью не представляется возможным без тесного междисциплинарного взаимодействия всех медицинских работников и медицинских организаций, принимающих участие в оказании медицинской помощи пациенту, то есть обеспечение интегрированного подхода в лечении каждого пациента.

Существующая модель:
организация помощи
по узким направлениям



Новая модель:
организация помощи в соответствии
с интегрированным подходом

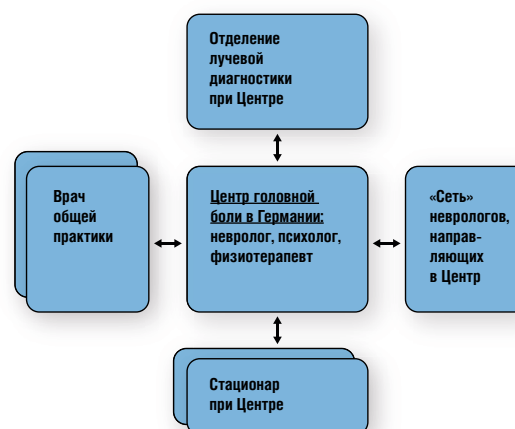


Рисунок 5. Процесс оказания медицинской помощи пациентам с мигренью до и после внедрения интегрированного подхода в клиниках Германии [22].
Figure 5. The layout of medical service for patients with migraine before and after the implementation of the integrated approach in German clinics [22].

Ряд исследований показывает, что внедрение интегрированного подхода к оказанию медицинской помощи позволяет уменьшить фрагментирование медицинской помощи, предотвратить дублирование медицинских вмешательств и повысить эффективность использования всех, в т.ч. и финансовых ресурсов системы здравоохранения [17-21].

В основе интегрированного подхода к оказанию медицинской помощи лежит формирование междисциплинарной команды специалистов, благодаря чему обеспечивается высокий уровень «пациентоориентированности». Особенно актуальным данный подход является для оказания медицинской помощи пациентам с хроническими заболеваниями, при поражении разных систем и органов (сахарный диабет, воспалительные заболевания кишечника, мигрень и др.). Например, при лечении пациентов с сахарным диабетом 2-го типа необходимы консультации хирурга, кардиолога, эндокринолога, офтальмолога и др. Создание инфраструктуры, ориентированной на пациента и его состояния, лежит в основе его качественного и эффективного лечения. На **рисунке 5** изображен процесс оказания медицинской помощи пациентам с мигренью до и после внедрения интегрированного подхода [22].

Внедрение центров лечения отдельных заболеваний, организованных в соответствии с интегрированным подходом, позволяет повысить качество медицинской помощи для пациентов, а также оптимизировать работу медицинских организаций, тем самым повышая ценность для всей системы здравоохранения.

Переход на новые методы оплаты медицинской помощи (оплата за результат, пакетное финансирование)

Метод оплаты поставщикам медицинских услуг оказывает сильное влияние на объем и качество предоставляемых услуг. Также установлено, что отсутствие механизмов стимулирования и мотивирования персонала оказывает отрицательное влияние на исходы лечения [23]. Традиционные методы оплаты медицинских услуг, такие как оплата за услугу, оплата за законченный случай госпитализации и подушевая оплата, не

дают явного вознаграждения поставщикам за предоставление более качественной медицинской помощи. Влияние этих способов оплаты на качество медицинской помощи является косвенным и зачастую побочным.

На протяжении долгого времени оказание медицинской помощи во многих странах финансировалось по системе оплаты за услуги. Подобный подход неизбежно ведет к повышению финансовой нагрузки на систему здравоохранения: с ростом числа инновационных и дорогостоящих услуг увеличиваются риски предъявления к оплате необоснованных услуг, при этом возмещение расходов за оказанные услуги осуществляется в 100% случаев. В связи с этим большинство стран осуществили переход к новой системе оплаты медицинской помощи – за законченный случай госпитализации (англ. – diagnosis-related group, DRG). В РФ оплата за законченный случай происходит по клинко-статистическим группам - КСГ, в ряде регионов – по клинко-профильным группам – КПГ и по медико-экономическим стандартам - МЭС. При оплате по КСГ производится выплата единого тарифа за лечения заболевания из группы схожих по средней ресурсоемкости и клинической практики случаев лечения. Оплата по КСГ подразумевает единую выплату вне зависимости от оказанных услуг или развившихся осложнений. Такой подход к оплате медицинской помощи создает стимулы для врачей увеличивать пациентопоток и оказывать качественное лечение, не прибегая к необоснованным и лишним назначениям. В результате модель оплаты медицинской помощи по КСГ способствует повышению рациональности расходования ресурсов системы здравоохранения и сокращению средней величины койко-дня. Однако такая система не мотивирует врачей и медицинские организации повышать качество медицинской помощи, поэтому для гарантии качества оказания медицинской помощи необходима разработка жесткой системы контроля качества [24].

Для систем здравоохранения тех стран, где финансирование медицинской помощи осуществляется посредством оплаты каждой оказанной услуги, переход к оплате за законченный случай сам по себе может значительно увеличить эффективность системы. В тех системах здравоохранения, где подобный подход уже осуществлен, целесообразно переходить к следующему

Таблица 2. Сводная характеристика программ оплаты за результат (P4P) в разных странах [адаптировано из 28].
Table 2. Summary of P4P programs in different countries [adapted from 28].

Страна	Условия оказания медицинской помощи	Наименование программы	Участие поставщиков медицинских услуг	Цель программы
Великобритания	Амбулаторные	Программа качества и результатов (англ. – Quality and Outcomes Framework, QOF)	Добровольное	Выполнение целевых показателей индикаторов
Франция	Амбулаторные	Оплата за цели в области общественного здравоохранения (франц. Remuneration sur Objectifs de Sante Publique, ROSP)	Добровольное	Выполнение индикаторов на основе клинических рекомендаций
Германия	Амбулаторные	Программа по борьбе с заболеваниями (англ. – Disease Management Programmes, DMP) хроническими заболеваниями	Добровольное через контракты со страховыми фондами, которые сами определяют механизм программы	Координация процессов врачом первичной медицинской помощи + выполнение индикаторов на основе клинических рекомендаций
Эстония	Амбулаторные	Система бонусов за качество (англ. – Quality Bonus System, QBS)	Добровольное	Выполнение индикаторов
Австралия	Амбулаторные	Программа стимулирования иммунизации (англ. – General Practice Immunization Incentive, GPI), Программа поощрения практики (англ. – Practice Incentives Program, PIP)	Добровольное, в соответствии с критериями включения	Выполнение индикаторов
Новая Зеландия	Амбулаторные	Системы первичной медико-санитарной помощи (англ. – Primary Health Organizations, PHO)	Добровольное, при соответствии критериям включения	Выполнение индикаторов
США	Амбулаторные	Программа Объединенной ассоциации здравоохранения (англ. – Integrated Healthcare Association, IHA)	Добровольное, через страховые компании	Выполнение индикаторов
Турция	Амбулаторные	Трудовые контракты на основе результатов их деятельности (англ. – Family Medicine Performance Based Contracting, FM PBC)	Обязательное	Выполнение индикаторов
США	Стационарные	Программа приобретенных состояний в медицинской организации штата Мэриленд (англ. – Maryland Hospital Acquired Conditions Programme, MHAC), программа возмещения на основе качества (англ. – Quality Based Reimbursement, QBR)	Обязательное	Выполнение индикаторов
Южная Корея	Стационарные	Программа поощрения ценности (англ. – Value incentive programme, VIP)	Обязательное	Выполнение индикаторов
Бразилия	Стационарные	Социальные организации в здравоохранении (англ. – Social Organizations in Health, OSS)	Добровольное	Выполнение индикаторов

Таблица 2. Сводная характеристика программ оплаты за результат (P4P) в разных странах [адаптировано из 28] (окончание).
Table 2. Summary of P4P programs in different countries [adapted from 28] (ending).

Оцениваемые домены	Результат участия для поставщиков медицинских услуг	Источник данных для принятия решений о выполнении программы
Клинические вопросы, организационные аспекты, удовлетворенность пациентов, дополнительные услуги	Поощрительные выплаты ежегодно	Электронные медицинские карты пациента, ввод информации врачом на сайте
Профилактика, лечение хронических заболеваний, назначение экономически эффективного лечения и организация практики	Поощрительные выплаты ежегодно	Данные заявок на страховые возмещения фондов медицинского страхования, хранятся централизованно в базе данных
Документация и координация медицинской помощи, наблюдение за пациентами, предоставление дополнительных услуг, проведение обучения пациентов	Компенсация дополнительных услуг + премирование в форме дополнительной оплаты услуг, связанных с программой + механизмы финансового поощрения пациентов	
Профилактика заболеваний, лечение хронических заболеваний и дополнительные мероприятия	Поощрительные выплаты ежегодно	Реестры счетов фонда страхования
Качество медицинской помощи, обеспечение доступа к медицинской помощи, поддержка в сельской местности	Премирование по фиксированной ставке на имя кабинета первичной амбулаторной помощи + премии за некоторые индикаторы непосредственно врачам ежеквартально	Реестры счетов Medicare Australia и регулярные отчеты Национальной службы назначения лекарственных препаратов, база данных PIP
Хронические заболевания, профилактика инфекционных заболеваний	Единовременное премирование на этапе включения медицинской организации в программу + единовременная премия за каждого прикрепленного к медицинской организации пациента + за достижение целевых показателей раз в полгода	Реестры счетов и передача данных самостоятельно медицинской организацией
Клинические индикаторы, индикаторы использования информационных технологий, индикаторы удовлетворенности пациентов, индикаторы рационального использования ресурсов системы здравоохранения	Премированием из размера сэкономленных средств ежегодно	Передача данных самостоятельно медицинской организацией или через страховые компании + реестры счетов
Оказание медицинских услуг в области материнства и детства + организационные аспекты деятельности медицинского работника	Расторжение контракта в случае низких значений по индикаторам; ежемесячная единовременная выплата; система удержаний из заработной платы, при которой врачи по контракту могут потерять до 20% дохода	Информационные системы отслеживания бюджета и расходов; отслеживания связанных со здоровьем показателей, относящиеся к службам семейной медицины (интерфейс включает электронную медицинскую карту)
Оценка фактических и ожидаемых состояний пациента в стационаре; потенциально предотвратимые состояния, разработанные на основе клинической значимости данных состояний и финансовых последствий их возникновения	Вознаграждения и штрафы без учета доходов в зависимости от эффективности в лечении инфарктов, сердечной недостаточности, пневмонии и профилактики хирургических инфекций	Информационная система HSCRC для управления системой всех плательщиков + выборочная проверка для проверки точности кодирования
Острый инфаркт миокарда и кесарево сечение	Публичное раскрытие результатов + премии и штрафы (при высоких показателях – оплата в размере 1–2% от суммы получаемых средств, штрафы – при недостижении порога 1–2%)	Реестр счетов HIR A
Качество обслуживания, удовлетворенность пациентов, качество информации, эффективность	Ежемесячно с возможностью последующей корректировки, вычеты за недостижение целевых показателей, предупреждение/приостановка работы + корректировки размера финансирования, поощрительные платежи не учитывают затраты (85–100% от запланированного объема медицинской помощи – финансирование в полном объеме, 75–85% от бюджета может быть сокращен на 10%, менее 75% – бюджет может быть сокращен на 30%)	Информационная система учета затрат и сбора данных

этапу – новым методам оплаты (оплата за результат, пакетное финансирование и т.д.). Новые методы оплаты поставщикам медицинских услуг стремятся связать стимулы в оплате с целями системы здравоохранения, такими как повышение качества оказания медицинской помощи, улучшение здоровья населения и повышение эффективности системы здравоохранения. Эти методы уже нашли применение во многих странах в виде программ оплаты за результат (P4P). При всем многообразии программ P4P общим является применение явных стимулов в оплате, ориентированных на достижение конкретных целей системы здравоохранения (повышение качества медицинской помощи за счет соблюдения клинических рекомендаций, расширение охвата населения профилактическими программами, улучшение ведения пациентов с хроническими заболеваниями и т.д.).

С точки зрения ЦОЗ, ключевым требованием к программам P4P является использование в качестве показателя результата отдаленных исходов, важных для пациента. Однако на практике реализация данного подхода сегодня затруднительна по причинам недостаточного развития информатизации и интеграции оказания медицинской помощи на различных этапах. Поэтому во многих странах внедрение ЦОЗ начинают с введения стимулирующих выплат медицинским организациям, систематически собирающим и отчитывающимся по данным оказания медицинской помощи на уровне отдельного пациента (данные могут отражать достижение процессных показателей, суррогатных и/или конечных исходов, показателей охвата или эффективности). При этом значения самих показателей, которые подают медицинские организации, никак не влияют на оплату, так как важен сам факт сбора и подачи данных. Реализация такого подхода часто является первым шагом на пути внедрения ЦОЗ, его также называют «оплата за подачу данных (репортирование)» (pay for reporting).

Также сегодня в качестве «результатов» часто используются показатели, характеризующие структуру (выполнение требований по оснащенности медицинских организаций и укомплектованности специалистами) и процессы (выполнение требований клинических рекомендаций и стандартов лечения). Данный механизм оплаты также называют «оплата за комплаентность (приверженность)» (pay for compliance).

Такие показатели, как исходы лечения (или профилактики) заболеваний являются наиболее сложными для реализации программ P4P, и крайне редко в них учитываются смертность или заболеваемость. Сложности связаны с тем, что индивидуальный результат лечения заболевания у конкретного пациента определяется многими факторами, выходящими за рамки качества медицинской помощи, поэтому возникает необходимость в корректировке риска для оценки исходов. Это необходимо для того, чтобы избежать необоснованных штрафов для медицинских организаций, оказывающих помощь наиболее тяжелым пациентам (из высокой категории риска) [25].

Основание оценки в программах P4P может устанавливаться в абсолютном выражении (численное целевое значение показателя), в виде необходимого уровня изменений или положения относительно других поставщиков (например, входение в 20% поставщиков с наименьшим числом осложнений). В идеальном случае модель должна предусматривать корректировку целевых показателей с учетом особенностей здоровья прикрепленного населения конкретных поставщиков [26].

Получателем стимула могут выступать отдельный медицинский специалист, группа врачей (например, команда помощи при определенном заболевании) или медицинская организация в целом (общеврачебная практика, медицинские организации). Индивидуальные стимулы оказывают, очевидно,

более сильное влияние на мотивацию конкретных работников к увеличению продуктивности, по сравнению с групповыми стимулами. В то же время чрезмерное усиление индивидуальной мотивации может оказать неблагоприятное влияние на координацию и непрерывность помощи и в итоге на деятельность системы здравоохранения в целом.

По форме стимулы подразделяются на положительные (бонусы) и негативные (санкции). Преимуществом систем платы за результат, основанных на штрафах, является отсутствие потребности в дополнительных затратах. Тем не менее применяемые на практике системы оплаты за результат, как правило, используют бонусы.

По типу стимулы подразделяются на денежные и неденежные. Мнения об их эффективности расходятся. С одной стороны, ценность денежных стимулов более очевидна для конкретного получателя, что может создавать более сильную мотивацию к получению стимула, с другой – при регулярном получении денежных выплат получатель может перестать воспринимать их как стимул.

В настоящее время в зарубежных странах используются различные дизайны программ P4P, принимающие под результатом разные аспекты оказания медицинской помощи – качество (соблюдение структуры и надлежащее выполнение процессов, достижение суррогатного результата), эффективность (снижение затрат), охват населения конкретными программами (вакцинация, скрининг и т.д.), сервисность (удовлетворенность пациента и доступность медицинской помощи всем слоям населения). Вероятно, такое трактование «результата» не соответствует концепции М. Портера, и подобные программы не могут рассматриваться как примеры внедрения ЦОЗ. В соответствии с концепцией ЦОЗ крайне важно чтобы «результат», оцениваемый в программе P4P, отражал конечный исход, важный для пациента.

Программы, как правило, фокусируются на направлениях, относящихся к лечению конкретных заболеваний, которые широко распространены и вносят существенный вклад в общее бремя болезней (например, сердечно-сосудистые заболевания) или на тех случаях, когда выявлена и требует устранения конкретная проблема (например, низкий охват иммунизации населения или ненадлежащее соблюдение клинических рекомендаций). Наиболее часто программы P4P ориентированы на первичную амбулаторную помощь, так как именно этот этап оказания медицинской помощи требует повышения качества и эффективности. Выбор конкретных заболеваний определяется бременем заболевания и его распространенностью. Окончательное количество и тип показателей, как правило, определяются как национальными приоритетами, так и доступностью существующих данных, развитостью информационных систем. Большинство программ рассчитывают от 10 до 30 показателей, которые поступают из существующих систем отчетности [27].

Во многих странах финансовое воздействие на медицинских работников и медицинской организации проводится раз в год, при этом данные для анализа выполнения индикаторов зачастую извлекаются из реестра подаваемых в страховые компании счетов или из комбинации реестров счетов с данными электронных медицинских карт. Сводная характеристика программ P4P в разных странах представлена в **таблице 2**.

Относительно новым методом оплаты медицинской помощи в мире является пакетное финансирование (англ. – bundled Payment). Суть этого метода заключается в оплате не просто отдельного случая оказания помощи, а всего эпизода лечения целиком, включая все возможные этапы: поликлинику, круглосуточный стационар и/или дневной стационар. В основе пакетного финансирования лежит установка фиксированного размера платежа за ведение пациента на определенном этапе

оказания медицинской помощи. Объем медицинской помощи, покрываемый пакетным финансированием, может варьировать от оплаты одного эпизода медицинского вмешательства (пример: кардиологические или ортопедические операции в плановом порядке), до подушевого финансирования за весь цикл лечения по конкретному заболеванию. Если в случае оплаты одного вмешательства по пакетному финансированию обеспечивается контроль над объемом медицинских услуг в рамках только этого проводимого вмешательства, то в случае подушевых выплат за весь цикл лечения осуществляется контроль всего случая лечения на всех этапах его оказания. В зависимости от структуры программы пакетного финансирования на медицинские организации, в большей или меньшей степени, накладываются определенные риски [29]. Реализация данного подхода требует преемственности и скоординированности между медицинскими организациями, а также высокого уровня развития информационно-технологического взаимодействия. Механизм соблюдения преемственности значительно упрощается в случае, если медицинские организации на разных этапах оказания помощи, амбулаторном или стационарном, объединены одним юридическим лицом или жестким регламентом взаимодействия. Пакетное финансирование стимулирует развитие скоординированности между врачами, медицинскими организациями и этапами оказания медицинской помощи одному пациенту. Именно это способствует реализации интегрированного подхода к оказанию медицинской помощи. Кроме того, пакетное финансирование предполагает оплату всего эпизода лечения целиком, что дает возможность оценить конечные, в т.ч. отдаленные, результаты лечения. Таким образом, этот новый метод оплаты создает условия, облегчающие практическое внедрение ЦОЗ.

Примером эффективного внедрения принципов ЦОЗ в практическое здравоохранение служит использование пакетного финансирования при выполнении плановых операций по замене тазобедренного и коленного суставов в Швеции. Оплата происходит за весь цикл лечения, включая предоперационный визит, операцию, протезирование, стационарную реабилитацию и последующие визиты к врачу. Ответственность за исходы лечения полностью ложится на медицинскую организацию, что стимулирует медицинские организации лечить пациентов максимально эффективно, чтобы получаемое пакетное финансирование не приходилось расходовать на лечение осложнений в перспективе. В результате перехода на подобный метод оплаты общая сумма расходов выросла незначительно, при этом частота осложнений снизилась на 15–20%, а количество выполняемых операций увеличилось на 30%.

Применение пакетного финансирования возможно как для лечения острых, так и хронических заболеваний. В первую очередь пакетное финансирование должно использоваться при тех заболеваниях, где успех лечения зависит от эффективности послеоперационного периода, при высокой частоте осложнений и ремиссий, эффективности реабилитационных мероприятий (например, сердечно-сосудистая, ортопедическая, спинальная хирургия). При лечении хронических заболеваний целесообразно устанавливать период (раз в полгода, раз в год), по завершении которого делается срез качества лечения и определяется размер оплаты в зависимости от достигнутого результата. Пакетное финансирование для хронических заболеваний было внедрено в Швеции (сахарный диабет), Нидерландах (сахарный диабет, хроническая обструктивная болезнь легких, болезнь Паркинсона), в Португалии (ВИЧ, множественный склероз) [27]. Следует подчеркнуть, что пакетное финансирование, не ассоциированное с качеством, является вариантом подушевого

финансирования, «привязанного» к лечению конкретного больного с конкретным заболеванием, а выплата пакета в зависимости от достигнутых результатов является реализацией ценностно-ориентированного подхода.

Таким образом, логическим развитием системы оплаты медицинской помощи является полноценный переход на P4P в сочетании с пакетным финансированием. В этом случае в полной мере реализуется ценностно-ориентированный подход, так как оплата зависит напрямую от достигнутого результата, в т.ч. отдаленного и реально важного для пациента, а также от комплексности лечения, связанного с разными видами и этапами его оказания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ / CONCLUSION

ЦОЗ является новой парадигмой развития здравоохранения, которая получает широкое признание и распространение в зарубежных странах. Согласно международному опыту, реализация ценностно-ориентированного подхода позволяет повысить качество медицинской помощи и оптимизировать расходы. Однако внедрение ЦОЗ требует «перегрузки» всей системы здравоохранения со сменой ключевых показателей и механизмов финансирования. Первым наиболее важным этапом является разработка системы стандартизованных исходов для различных заболеваний, при этом крайне важно учитывать оценку исходов пациентами (PROMs, PREMs), так как улучшение именно этих показателей, наряду с клиническими, должно стать основной целью системы здравоохранения. Необходимым условием возможности проведения мониторинга как исходов, так и затрат на индивидуальном уровне, а также интеграции медицинской помощи на различных ее этапах, является создание цифровой инфраструктуры.

Также внедрение ЦОЗ требует изменения механизмов финансирования как медицинской помощи, так и медицинских технологий (лекарственных препаратов, медицинских изделий и т.д.) с добавлением прямой зависимости между оплатой и достигаемым результатом. Реализация такого подхода обеспечивает создание рациональных стимулов для всех участников процесса оказания медицинской помощи. При оплате медицинской помощи наиболее оптимально сочетание оплаты за результат с пакетным финансированием: пакетное финансирование позволяет обеспечить интегрированный подход и долгосрочное наблюдение, а P4P – влияние достигнутых результатов на оплату.

Однако быстрый переход на оплату за результат затруднителен, поэтому на начальных этапах допустимо проведение рейтингования, которое тоже в конечном счете может влиять на финансирование. Рейтингование может быть крайне полезным для медицинских организаций и для плательщика, так как на его основе возможно распределение объемов медицинской помощи. Подобный рейтинг является прозрачным и информативным, по нему определяются лучшие практики лечения, лучшие врачи и медицинские организации. Обмен лучшими практиками служит движущей силой повышения качества медицинской помощи.

Не вызывает сомнений, что внедрение подходов ЦОЗ крайне востребовано в нашей стране. Сегодня основными методами оплаты в системе обязательного медицинского страхования являются оплата по КСГ и по подушевому нормативу, которые эффективно сдерживают затраты, однако не создают явных стимулов к повышению качества

оказания медицинской помощи. В таких условиях крайне важно наличие жесткой системы контроля качества медицинской помощи. В РФ подобная система формируется, однако существующие критерии качества медицинской помощи наиболее часто контролируют процессы, а не исходы, важные для пациентов. Кроме того, контроль выполнения данных критериев носит выборочный характер, ввиду отсутствия необходимого уровня информатизации в отдельных медицинских организациях. Недостаток информатизации также служит одной из причин невозможности реализации интегрированного подхода, так как информация об оказании помощи пациенту на различных этапах не может быть агрегирована и проанализирована. Таким образом, ключевыми направлениями развития здравоохранения в

РФ должны стать информатизация, совершенствование системы контроля качества медицинской помощи (разработка результирующих критериев качества медицинской помощи для всех заболеваний) и внедрение рейтингования медицинских организаций. При условии наличия этих составляющих возможен дальнейший переход на новые методы оплаты медицинской помощи (оплата за результат, пакетное финансирование). Следует отметить, что необходимо распространение принципов ЦОЗ на все решения в здравоохранении, в частности, на закупку лекарственных препаратов и медицинских изделий, на процесс их ценообразования и возмещения стоимости. Это позволит предотвратить рост расходов на дорогостоящие технологии при сохранении их доступности для пациентов.

ЛИТЕРАТУРА:

1. World Health Organization. Global Report on Global Spending on Health: a World in Transition. 2019. [Электронный ресурс] URL: https://www.who.int/health_financing/documents/health-expenditure-report-2019.pdf?ua=1. Дата обращения: 22.06.2020
2. Health at a Glance 2017: OECD indicators. [Электронный ресурс] URL: <http://dx.doi.org/10.1787/888933602272>. Дата обращения: 09.12.18
3. Бутенко В., Полунин К., Прокопец М., Тимофеева Е., Тушен Ш., Файбисович П., Шалелашвили Л. Доклад The Boston Consulting Group Россия «Здоровое здравоохранение: шаг в будущее для российской медицины». 2018; 43 [Электронный ресурс] URL: <https://docplayer.ru/81354267-Zdorovoe-zdravooxranenie-shag-v-budushchee-dlya-rossiyskoy-mediciny.html>. Дата обращения: 22.06.2020.
4. The Boston Consulting Group. How Dutch Hospitals Make Value-Based Health Care Work. 2018. [Электронный ресурс] URL: https://image-src.bcg.com/Images/BCG-How-Dutch-Hospitals-Make-Value-June-2018_tcm9-194478.pdf. Дата обращения: 22.06.2020
5. Porter M.E., Tiesberg E.O. Redefining health care. 2006; Boston. MA: Harvard Business School Press.
6. Progress toward value-based health care. Lessons from 12 countries. BCG report. 19 pp. Defining Value-based Healthcare in the NHS. Centre for Evidence-Based Medicine Report 2019/04. 14 pp.
7. Gonçalves F.R., Santos S., Silva C., Sousa G. Risk-sharing agreements, present and future. National Center for Biotechnology Information. *Ecantermedicalscience*. 2018; 12: 823. <https://doi.org/10.3332/ecancer.2018.823>.
8. Value-Based Procurement. Knowledge, Guide, and Support for All in the Value Chain of Medical Technology. Nordic Council of Ministers. Nordic medical device industry associations. Nordic Medtech Growth 2, 2017 [Электронный ресурс]. URL: <https://www.medtecheurope.org/access-to-medical-technology/value-based-procurement/>. Дата обращения: 22.06.2020.
9. Porter M. E., Teisberg E. O. Redefining health care: creating value-based competition on results. Harvard Business Press, 2006.
10. Kim A.H., et al. Developing a Standard Set of Patient-Centered Outcomes for Inflammatory Bowel Disease - an International, Cross-disciplinary Consensus. *Journal of Crohn's and Colitis*. 2017; 1-11. <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjx161>.
11. Robert L., et al. Standardized Outcome Measurement for Patients with Coronary Artery Disease: Consensus from the International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM). *J Am Heart Assoc*. 2015; 4: e001767. Originally published May 19, 2015; <https://doi.org/10.1161/JAHA.115.001767>.
12. Porter M. E. What is value in health care? *New England Journal of Medicine*. 2010; 363 (26): 2477-2481.
13. Kingsley C. P.S. Patient-reported outcome measures and patient-reported experience measures. *BJA Educ*. 2017; 17 (4): 137-144.
14. Porter M.E. Outcome Measurement, Harvard Business School Press, 2013. [Электронный ресурс] URL: https://www.hbs.edu/faculty/Publication%20Files/6_4405d748-af33-48d1-9f51-0cc006fd01e7.pdf. Дата обращения: 22.06.2020.
15. Shahian D. M. et al. Public reporting of cardiac surgery performance: part 1 - history, rationale, consequences. *The Annals of thoracic surgery*. 2011; 92 (3): S2-S11.
16. Caceres M., Braud R. L. G.J.H.E. A short history of the Society of Thoracic Surgeons national cardiac database: perceptions of a practicing surgeon. *Ann. Thorac. Surg*. 2010; 89 (1): 332-339.
17. Dowling W.L. Hospitals and health systems. In: Williams S.J.; Torrens P.R. (eds.). Introduction to health services. 5th ed. Delmar Publishers, An International Thomson Publishing Company, 1999.
18. Soler J.L.P. Estrategia de gestión y organización de una red de laboratorios de diferentes hospitales públicos. Bogotá, Primer Forum Internacional de Redes de Servicios y Ordenamiento Territorial en Salud. Secretaria de Salud de Bogotá/Organización, 2003.
19. Porter M.E., Guth C., Dannemiller E.M. The West German headache center: integrated migraine care. Harvard Business School Case. 2007; 707-759.
20. Enthoven A. Integrated Delivery Systems: The Cure for Fragmentation. *American Journal of Managed Care*. 2009; 12 (15): 284-290.
21. Berwick D., Nolan T., Whittington J. The Triple Aim: Care, Health and Cost. *Health Affairs*. 2008; 27 (3): 759-769.
22. Al. P.M.E. et. The West German headache center: integrated migraine care. *Bost. Harvard Bus. Sch. Publ*. 2007.
23. Conrad D. C.J. Penetrating the 'black box': financial incentives for enhancing the quality of physician services. *Medical Care Research and Review*. 2004; 61 (3): 37S-68S.
24. Омеляновский В.В., Сисигина Н.Н., Федяева В.К., Мусина Н.З. Эволюция методов оплаты медицинской помощи. *ФАРМАКОЭКОНОМИКА. Современная Фармакоэкономика и Фармакоэпидемиология*. 2019; 12 (4): 318-326. <https://doi.org/10.17749/2070-4909.2019.12.4.318-326>.
25. Berenson B., Pronovost P. K.H. Achieving the potential of health care performance measures. Washington, DC Urban Institute. 2013.
26. Jenkins M. Associates Limited. Evaluation of the PHO performance programme: final report. Auckland: Martin, Jenkins and Associates Limited. 2008.
27. OECD. Better Ways to Pay for Health Care, OECD Better Policies for Better Lives. 2016. [Электронный ресурс] URL: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Better-ways-to-pay-for-health-care-FOCUS.pdf>. Дата обращения: 22.06.2020.
28. Cashin C., Chi Y., Smith P., et al. Paying for Performance in Health Care. Implications for health system performance and accountability European Observatory on Health Systems and Policies Series [Электронный ресурс] URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/

pdf_file/0020/271073/Paying-for-Performance-in-Health-Care.pdf.
Дата обращения: 22.06.2020.

29. Christina R.A. Measuring Outcomes: The Key to Value-Based Health Care. Harvard business review webinar summary. 2015 Harvard

Business Publishing. [Электронный ресурс] <https://www.medtronic.com/au-en/transforming-healthcare/healthcare-insights/webinars/the-value-based-health-care-business-model.html>
Дата обращения: 22.06.2020.

REFERENCES:

- World Health Organization. Global Report on Global Spending on Health: a World in Transition. 2019. [Electronic resource] URL: https://www.who.int/health_financing/documents/health-expenditure-report-2019.pdf?ua=1. Accessed: 22.06.2020
- Health at a Glance 2017: OECD indicators. [Electronic resource] URL: <http://dx.doi.org/10.1787/888933602272>. Accessed: 09.12.18
- Butenko V., Polunin K., Prokopets M., Timofeeva E., Tushen Sh., Faibisovich P., Shalelavshvili L. Doklad The Boston Consulting Group Rossiya «Zdorovoe zdravookhranenie: shag v budushchee dlya rossiskoi meditsiny». 2018; 43 [Electronic resource] URL: <https://docplayer.ru/81354267-Zdorovoe-zdravookhranenie-shag-v-budushchee-dlya-rossiyskoy-mediciny.html>. Accessed: 22.06.2020.
- The Boston Consulting Group. How Dutch Hospitals Make Value-Based Health Care Work. 2018. [Electronic resource] URL: https://image-src.bcg.com/Images/BCG-How-Dutch-Hospitals-Make-Value-June-2018_tcm9-194478.pdf. Accessed: 22.06.2020
- Porter M.E., Tiesberg E.O. Redefining health care. 2006; Boston. MA: Harvard Business School Press.
- Progress toward value-based health care. Lessons from 12 countries. BSG report. 19 pp. Defining Value-based Healthcare in the NHS. Centre for Evidence-Based Medicine Report 2019/04. 14 pp.
- Gonçalves F.R., Santos S., Silva C., Sousa G. Risk-sharing agreements, present and future. National Center for Biotechnology Information. Ecancermedalscience. 2018; 12: 823. <https://doi.org/10.3332/ecancer.2018.823>.
- Value-Based Procurement. Knowledge, Guide, and Support for All in the Value Chain of Medical Technology. Nordic Council of Ministers. Nordic medical device industry associations. Nordic Medtech Growth 2, 2017 [Electronic resource]. URL: <https://www.medtecheurope.org/access-to-medical-technology/value-based-procurement/>. Accessed: 22.06.2020.
- Porter M. E., Teisberg E. O. Redefining health care: creating value-based competition on results. Harvard Business Press, 2006.
- Kim A.H., et al. Developing a Standard Set of Patient-Centered Outcomes for Inflammatory Bowel Disease – an International, Cross-disciplinary Consensus. *Journal of Crohn's and Colitis*. 2017; 1-11. <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjx161>.
- Robert L., et al. Standardized Outcome Measurement for Patients with Coronary Artery Disease: Consensus from the International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM). *J Am Heart Assoc*. 2015; 4: e001767; originally published May 19, 2015; <https://doi.org/10.1161/JAHA.115.001767>.
- Porter M. E. What is value in health care? *New England Journal of Medicine*. 2010; 363 (26): 2477-2481.
- Kingsley C. P.S. Patient-reported outcome measures and patient-reported experience measures. *BJA Educ*. 2017; 17 (4): 137-144.
- Porter M.E. Outcome Measurement, Harvard Business School Press, 2013. [Electronic resource] URL: https://www.hbs.edu/faculty/Publication%20Files/6_4405d748-af33-48d1-9f51-0cc006fd01e7.pdf. Accessed: 22.06.2020.
- Shahian D. M. et al. Public reporting of cardiac surgery performance: part 1 - history, rationale, consequences. *The Annals of thoracic surgery*. 2011; 92 (3): S2-S11.
- Caceres M., Braud R. L. G.J.H.E. A short history of the Society of Thoracic Surgeons national cardiac database: perceptions of a practicing surgeon. *Ann. Thorac. Surg*. 2010; 89 (1): 332-339.
- Dowling W.L. Hospitals and health systems. In: Williams S.J.; Torrens P.R. (eds.). Introduction to health services. 5th ed. Delmar Publishers, An International Thomson Publishing Company, 1999.
- Soler J.L.P Estrategia de gestión y organización de una red de laboratorios de diferentes hospitales públicos. Bogotá, Primer Forum Internacional de Redes de Servicios y Ordenamiento Territorial en Salud. Secretaria de Salud de Bogotá/Organizació, 2003.
- Porter M.E., Guth C., Dannemiller E.M. The West German headache center: integrated migraine care. *Harvard Business School Case*. 2007; 707-759.
- Enthoven A. Integrated Delivery Systems: The Cure for Fragmentation. *American Journal of Managed Care*. 2009; 12 (15): 284-290.
- Berwick D., Nolan T., Whittington J. The Triple Aim: Care, Health and Cost. *Health Affairs*. 2008; 27 (3): 759-769.
- Al. P.M.E. et. The West German headache center: integrated migraine care. Bost. Harvard Bus. Sch. Publ. 2007.
- Conrad D. C.J. Penetrating the 'black box': financial incentives for enhancing the quality of physician services. *Medical Care Research and Review*. 2004; 61 (3): 37S-68S.
- Omelyanovskiy V.V., Sisigina N.N., Fedyeva V.K., Musina N.Z. Evolution of healthcare provider payment mechanisms. *FARMAKOEKONOMIKA. Modern Pharmacoeconomic and Pharmacoepidemiology*. 2019; 12 (4): 318-326. (In Russ.) <https://doi.org/10.17749/2070-4909.2019.12.4.318-326>.
- Berenson B., Pronovost P. K.H. Achieving the potential of health care performance measures. Washington, DC Urban Institute. 2013.
- Jenkins M. Associates Limited. Evaluation of the PHO performance programme: final report. Auckland: Martin, Jenkins and Associates Limited. 2008.
- OECD. Better Ways to Pay for Health Care, OECD Better Policies for Better Lives. 2016. [Electronic resource] URL: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Better-ways-to-pay-for-health-care-FOCUS.pdf>. Accessed: 22.06.2020.
- Cashin C., Chi Y., Smith P., et al. Paying for Performance in Health Care. Implications for health system performance and accountability European Observatory on Health Systems and Policies Series [Electronic resource] URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/271073/Paying-for-Performance-in-Health-Care.pdf. Accessed: 22.06.2020.
- Christina R.A. Measuring Outcomes: The Key to Value-Based Health Care. Harvard business review webinar summary. 2015 Harvard Business Publishing. [Electronic resource] URL: <https://www.medtronic.com/au-en/transforming-healthcare/healthcare-insights/webinars/the-value-based-health-care-business-model.html>. Accessed: 22.06.2020.

Сведения об авторах:

Мусина Нурия Загитовна – к.фарм.н., начальник отдела развития и внешних коммуникаций ФГБУ «ЦЭКМП» Минздрава России; доцент кафедры управления и экономики фармации ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный химико-фармацевтический университет» Минздрава России; руководитель лаборатории оценки технологий в здравоохранении Института прикладных экономических исследований при ФГБОУ ВПО «Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации». ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6914-6222>. E-mail: musina@rosmedex.ru.

Омельяновский Виталий Владимирович – д.м.н., профессор, генеральный директор ФГБУ «ЦЭКМП» Минздрава России; руководитель Центра финансов здравоохранения НИФИ Минфина России; заведующий кафедрой экономики, управления и оценки технологий здравоохранения факультета профилактической медицины и ОЗ ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-1581-0703>; Scopus Author ID: 6507287753; WoS Researcher ID: P-6911-2018.

Гостищев Роман Витальевич – к.м.н., заместитель главного врача по перспективному развитию ГБУЗ «Городская клиническая больница №40 Департамента здравоохранения города Москвы». ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-2379-5761>.

Сухоруких Ольга Александровна – начальник отдела медицинского обеспечения стандартизации ФГБУ «ЦЭКМП» Минздрава России; лаборант-исследователь Центра финансов здравоохранения НИФИ Минфина России. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6681-5200>; Scopus Author ID: 57201486113.

Федяева Влада Константиновна – заместитель начальника отдела медицинского обеспечения и стандартизации ФГБУ «ЦЭКМП» Минздрава России; научный сотрудник лаборатории оценки технологий в здравоохранении института прикладных экономических исследований ФГБОУ ВПО «Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации». ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7730-1237>; Scopus Author ID: 57189502826.

Сисигина Наталья Николаевна – главный специалист отдела методологического обеспечения проведения комплексной оценки технологий здравоохранения ФГБУ «ЦЭКМП» Минздрава России; младший научный сотрудник Центра налоговой политики НИФИ Минфина России; научный сотрудник Международной лаборатории экономики реформы здравоохранения Института социального анализа и прогнозирования ФГБОУ ВПО «Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации». ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-9130-2343>; Scopus Author ID: 57205304532; WoS Researcher ID: X-4298-2019.

Щуров Дмитрий Георгиевич – к.м.н., заместитель начальника отдела развития и внешних коммуникаций ФГБУ «ЦЭКМП» Минздрава России. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6703-4788>.

About the authors:

Nuriya Z. Musina – PhD (Pharmaceutical Sciences), Head of the Development and Communications Department of the Center for Healthcare Quality Assessment and Control of the Ministry of Health of the Russian Federation; Associate Professor at the Department of Management and Pharmaceutical Economics in Saint Petersburg State Chemical Pharmaceutical University of the Ministry of Health of the Russian Federation; Head of the Health Technology Assessment Laboratory of Institute for Applied Economic Research of the Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6914-6222>. E-mail: musina@rosmedex.ru.

Vitaly V. Omelyanovskiy – MD, Dr Sci Med, Professor, General Director of the Center for Healthcare Quality Assessment and Control of the Ministry of Health of the Russian Federation; Head of the Center for Healthcare Funding, Financial Research Institute of the Ministry of Finance of Russia; Head of the Economics, Management and Health Technology Assessment Department, Faculty of Preventative Medicine of the Russian Medical Academy of Continuous Professional Education of the Ministry of Health of the Russian Federation. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-1581-0703>; Scopus Author ID: 6507287753; WoS Researcher ID: P-6911-2018.

Roman V. Gostischev – MD, PhD, Deputy Chief Medical Officer for Prospective Development of the City Clinical Hospital №40 of Moscow Healthcare Department. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-2379-5761>.

Olga A. Sukhorukikh – Head of the Department of Medical Support and Standardization, Center for Healthcare Quality Assessment and Control of the Ministry of Health of the Russian Federation; Laboratory Assistant-Researcher, HealthCare Finance Center at the Research Financial Institute of the Ministry of Finance of Russia. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6681-5200>; Scopus Author ID: 57201486113.

Vlada K. Fedyayeva – Deputy Head of the Department of Medical Support and Standardization, Center for Healthcare Quality Assessment and Control of the Ministry of Health of the Russian Federation; Researcher at the Laboratory of Health Technology Assessment in the Institute for Applied Economic Research of the Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7730-1237>; Scopus Author ID: 57189502826.

Natalia N. Sisigina – Chief Specialist of the Department of Methodological Support for Comprehensive Health Technology Assessment of the Center for Healthcare Quality Assessment and Control of the Ministry of Health of the Russian Federation; Research Fellow at the Tax Policy Center of the Institute of the Ministry of Finance of Russia; Research Fellow at the International Laboratory of Healthcare Economics of the Institute of Social Analysis of the Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-9130-2343>; Scopus Author ID: 57205304532; WoS Researcher ID: X-4298-2019.

Dmitriy.G. Shchurov – MD, PhD, Deputy Head of Development and External Communications Department, Center for Healthcare Quality Assessment and Control of the Ministry of Health of the Russian Federation. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6703-4788>.