

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАРОДНОГО ХОЗЯЙСТВА
И ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ
ПРИ ПРЕЗИДЕНТЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»**

Омельяновский В.В., Федяева В.К.

**Оценка долгосрочных изменений (сценариев) в
системе здравоохранения в условиях современного
технологического развития и ценностно-
ориентированных подходов**

Москва 2020

Аннотация. В соответствии с действующим законодательством, при контроле и оплате медицинской помощи оценка результатов лечения осуществляется выборочно и на отдельных этапах. Используемые инструменты контроля качества медицинской помощи направлены на контроль процессов и их своевременность, а не на результаты. Система оплаты медицинской помощи учитывает лишь ее объемы, а не достижение значимого для пациента результата лечения. Таким образом, в современной системе здравоохранения Российской Федерации отсутствуют стимулы и механизмы повышения мотивации медицинских работников к повышению качества оказываемой медицинской помощи, что неизбежно отрицательно сказывается на результатах лечения.

В работе проведен анализ зарубежного опыта по внедрению концепции ценностно-ориентированного здравоохранения и предложены подходы по внедрению концепции в условия системы здравоохранения Российской Федерации.

Abstract. In accordance with applicable law, in the control and payment of medical care, treatment outcomes are evaluated selectively. The tools used to control the quality of medical care are aimed at monitoring processes and their timeliness, and not at the results (outcomes). The system of payment for medical care takes into account only its volumes, and not the achievement of a significant outcome for the patient. Thus, in the modern healthcare system of the Russian Federation there are no incentives and mechanisms to increase the motivation of medical workers to improve the quality of medical care, which inevitably negatively affects the results of treatment.

The paper analyzes foreign experience in introducing the concept of value-based healthcare and suggests approaches to introduce the concept into the conditions of the healthcare system of the Russian Federation.

Омельяновский В.В., заведующий лабораторией оценки технологий в здравоохранении ИПЭИ Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ

Федяева В.К., научный сотрудник Лаборатории оценки технологий в здравоохранении ИПЭИ Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ

Данная работа подготовлена на основе материалов научно-исследовательской работы, выполненной в соответствии с Государственным заданием РАНХиГС при Президенте Российской Федерации на 2019 год

СОДЕРЖАНИЕ

ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ И ОБОЗНАЧЕНИЙ.....	4
ВВЕДЕНИЕ.....	6
1 АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ПОДХОДОВ К ОПЛАТЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНЫХ И СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ.....	8
2 АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ПОДХОДОВ ВНЕДРЕНИЯ ЦЕННОСТНО- ОРИЕНТИРОВАННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАНАХ.....	12
3. АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР НОРМАТИВНЫХ ПРАВОВЫХ АКТОВ, РЕГУЛИРУЮЩИХ ВОПРОСЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА И ФИНАНСИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....	24
4 АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР СУЩЕСТВУЮЩИХ ПРЕПЯТСТВИЙ И РИСКОВ ВНЕДРЕНИЯ ЦЕННОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УСЛОВИЯ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....	26
5 ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО ВНЕДРЕНИЮ ЦЕННОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....	30
5.1 Анализ последствий внедрения ценностно-ориентированного здравеохранения в Российской Федерации на примере отдельного заболевания.....	37
5.2 Анализ возможных сценариев политики по внедрению подходов ценностно- ориентированного здравеохранения в условия российского здравеохранения.....	39
5.3 Разработка дорожной карты/этапов внедрения ценностно-ориентированного здравеохранения в условия российского здравеохранения.....	42
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	47
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	51

ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ И ОБОЗНАЧЕНИЙ

В материале применяют следующие сокращения и обозначения:

ДМС	– добровольное медицинское страхование
ЕГИСЗ	– Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения
КСГ	– клинико–статистические группы
МИС	– медицинская информационная система
ОМС	– обязательное медицинское страхование
ФОМС	– Фонд обязательного медицинского страхования
ЦОЗ	– ценностно-ориентированное здравоохранение
DMP	– Программы по борьбе с заболеваниями (Disease Management Programmes)
DRG	– клинико-статистические группы (diagnosis-related groups)
FFS	– плата за услугу (fee-for-service)
FM PBC	– трудовые контракты на основе результатов деятельности Family Medicine Performance Based Contracting
HSCRC	– Комиссия по пересмотру стоимости медицинских услуг (Health Services Cost Review Commission)
ICHOM	- Международный консорциум по оценке исходов лечения» (International Consortium of Health Outcomes Measurement)
IHA	– Объединенная ассоциация здравоохранения (Integrated Healthcare Association)
МНАС	– Программа приобретенных состояний в медицинской организации штата Мэриленд (Maryland Hospital Acquired Conditions Programme)
OSS	– Социальные организации в здравоохранении (Social Organizations in Health)
P4P	– плата за результат (pay for performance)
PHO	– системы первичной медико-санитарной помощи (Primary Health Organizations)
PIP	– программа поощрения практики (Practice Incentives Program)
PROM	– результаты оказания медицинской помощи, получаемые непосредственно от пациентов (patient-reported outcome measurements)
QBR	– программа возмещения на основе качества (Quality Based Reimbursement)
QBS	– система бонусов за качество (Quality Bonus System)
QOF	– Программа качества и результатов (Quality and Outcomes Framework)
ROSP	– Оплата за цели в области общественного здравоохранения (Remuneration sur Objectifs de Sante Publique)
VBHC	– ценностно-ориентированное здравоохранение (value-based healthcare)
VIP	– Программа поощрения ценности (Value incentive programme)

ВВЕДЕНИЕ

Продолжающийся рост потребности населения в медицинской помощи, в том числе связанный с демографическим старением населения многих стран, увеличением доли хронических неинфекционных заболеваний в общей структуре заболеваний, и усложнение ее структуры, связанное в первую очередь с внедрением новых технологий, обуславливают заинтересованность систем здравоохранения в переориентации поставщиков на реальное улучшение здоровья обслуживаемого населения и в повышении эффективности расходования средств, а также улучшение координации работы поставщиков медицинских услуг при оказании медицинской помощи пациентам с множественными заболеваниями.

В настоящее время, в соответствии с действующим законодательством, при контроле и оплате медицинской помощи оценка результатов лечения осуществляется выборочно и на отдельных этапах (в стационаре, в амбулаторных условиях и т.д.). Используемые сегодня инструменты контроля качества медицинской помощи направлены на контроль процессов и их своевременность, а не результатов медицинской помощи. Контроль результатов оказания медицинской помощи происходит лишь в некоторых случаях, при этом наиболее часто важные для пациента исходы лечения не учитываются. Систематический сбор и анализ данных о качестве и результатах лечения на уровне индивидуального пациента остается технически невозможным для многих медицинских организаций по причине недостаточного уровня информатизации.

Кроме того, существующая сегодня в стране система оплаты медицинской помощи, как в условиях стационара, так и в амбулаторных условиях учитывает лишь ее объемы (количество случаев госпитализации, посещений, оказанных услуг, численность прикрепленного населения), а не достижение значимого для пациента результата лечения. Таким образом, актуальность темы обусловлена тем, что в современной системе здравоохранения Российской Федерации отсутствуют стимулы и механизмы повышения мотивации медицинских работников к повышению качества оказываемой медицинской помощи, что неизбежно отрицательно сказывается на результатах лечения.

Разработка и внедрение ценностно-ориентированного здравоохранения в условия Российской Федерации позволит усовершенствовать подходы к оценке качества и финансированию медицинской помощи: осуществлять контроль и перераспределение затрат на медицинские услуги, производить оплату за законченный случай по отдельным результатам (конечным точкам), предоставлять медицинским организациям и конкретным врачам премии за достижение целевых результатов. Однако реализация данного подхода требует пересмотра всей системы контроля качества медицинской помощи, разработки

новых моделей ее финансирования и глубокого внедрения информатизации во всех медицинских организациях.

Все вышесказанное определяет актуальность применения ценностно-ориентированных подходов в системе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи.

1 Аналитический обзор подходов к оплате медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях

Оплата медицинской помощи является составным элементом процесса покупки медицинской помощи, отвечающим на вопросы, как и в каком размере финансируются купленные услуги. Функциями оплаты являются обеспечение поставщиков необходимыми ресурсами (ставка оплаты) и создание экономических стимулов (методы оплаты) [1].

В настоящий момент основными методами оплаты медицинской помощи в развитых странах являются [2]:

- оплата за услугу (fee-for-service или FFS);
- оплата по законченному случаю (case-based), в т.ч. по клинко-статистическим группам (diagnosis-related groups или DRG);
- оплата по подушевому нормативу (capitation);
- оплата методом глобального бюджета (Global budget).

Практически вышли из употребления в развитых странах сметное финансирование (line-item budget), заработная плата (salary) и оплата за койко-день (per diem). Причиной отказа от данных методов стала их низкая эффективность в сравнении с более современными инструментами оплаты за результат.

Плата за услугу является исторически первым и одним из наиболее простых методов оплаты медицинской помощи. Наиболее распространенной стратегией поставщика в условиях платы за услугу принято считать увеличение числа услуг в расчете на случай лечения. Быстрый рост расходов на здравоохранение (в т.ч. за счет оказания необоснованных или недостаточно обоснованных услуг) и высокие административные издержки на оформление и контроль оказанной медицинской помощи стали основными предпосылками отказа от платы за услугу в качестве основного метода финансирования гарантированной государством медицинской помощи в большинстве развитых стран.

К середине 20-го века стремление покупателя ограничить собственные риски нашло отражение в разработке новых методов оплаты медицинской помощи – подушевого норматива и глобального бюджета. Оба данных метода характеризуются перспективным определением размера оплаты и проведением платежей, а также использованием наиболее высокоагрегированных единиц оплаты. Необходимо отметить, что оплата методом глобального бюджета не создает никаких стимулов к повышению качества услуг. Наиболее вероятной стратегией поставщика становится простое сокращение объемов оказываемой медицинской помощи (отказ, перенаправление, увеличение сроков ожидания).

Высокие риски ограничения доступности медицинской помощи при использовании высокоагрегированных методов оплаты побудили развитые страны к поиску новых методов оплаты, создающих стимулы к сдерживанию затрат без ущерба для оказания медицинской помощи. Наиболее успешным среди новых методов сегодня является оплата за законченный случай в форме оплаты по клинко-статистическим группам (англ. diagnosis-related groups (DRG)) (далее – КСГ).

Оплата за законченный случай предусматривает перспективное определение размера оплаты и ретроспективные выплаты. При оплате по КСГ единицей оплаты выступает клинко-статистическая группа, т.е. группа случаев, характеризующихся сходным уровнем потребления медицинской помощи, что снижает риски неадекватного финансирования (при отклонении фактической сложности случая от средней) [3].

Ретроспективная оплата по объему пролеченных случаев сохраняет заинтересованность поставщика в увеличении числа пролеченных случаев, что минимизирует риски уклонения от оказания медицинской помощи. В то же время, стандартный, заранее определенный размер оплаты мотивирует поставщика к сокращению затрат в расчете на случай лечения. На практике наиболее распространенным результатом перехода к оплате по КСГ стало сокращение продолжительности госпитализации и средних расходов на госпитализацию. Среди потенциально негативных эффектов отмечаются перенос долечивания в амбулаторные условия, рост доли плановых повторных госпитализаций и концентрация деятельности медицинских организаций в сферах с наиболее высокой прибыльностью [4].

Таким образом, ни один из классических методов оплаты не обеспечивает формирование всех необходимых стимулов. Более того, ни один из классических методов не создает прямых стимулов к улучшению качества услуг или объективному улучшению здоровья населения сверх минимальных требований к качеству и безопасности оказанных услуг. В связи с этим, появились новые подходы к оплате медицинской помощи.

К новым методам оплаты относят плату за результат (payment for performance или P4P). Отличительной чертой платы за результат является привязка выплаты к достижению определенных показателей. Как следствие, осуществление платы за результат может быть только ретроспективным.

Целевые показатели программ P4P могут включать характеристики структуры (например, наличие определенного оборудования, обеспеченность персоналом и т.д.), процесса оказания медицинской помощи (например, соответствие клиническим рекомендациям, использование определенных технологий и т.д.), промежуточных

результатов (например, охват профилактическими мерами и мерами ранней диагностики и т.д.), конечных результатов (например, сокращение смертности и заболеваемости по группам причин и т.д.).

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

Вознаграждение может принимать финансовую (денежные выплаты) и нефинансовую форму (например, публичный рейтинг поставщиков).

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 тоже время, чрезмерное усиление индивидуальной мотивации может оказать неблагоприятное влияние на координацию и непрерывность помощи, и в итоге, деятельность системы здравоохранения в целом.

Преимуществом групповых стимулов являются значительно более обширные возможности для улучшения результатов деятельности группы, включая оптимизацию внутренних производственных структур и процессов, создание сбалансированной структуры стимулов для работников, найм дополнительных работников и приобретение оборудования и т.д.

По форме стимулы подразделяются на положительные (бонусы) и негативные (санкции). Преимуществом систем платы за результат, основанных на штрафах, могло бы стать 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 стороны, при регулярном получении денежных выплат получатель может перестать воспринимать их как стимул.

По размеру предлагаемого стимула могут быть выделены малые (менее 5% регулярного дохода) средние (5-10% регулярного дохода) и большие (более 10% регулярного дохода). При выборе размера выплат необходимо учитывать, что больший размер стимула создает более сильную мотивацию, но может привести к неэффективности модели оплаты, когда расходы на выплату бонусов превышают полезность от изменения поведения поставщиков; стимул менее 5% регулярного дохода, как правило, не создает статистически значимого влияния на поведение поставщиков.

Программы Р4Р предназначены для достижения широкого спектра целей систем здравоохранения: от улучшения качества оказываемой медицинской помощи и увеличения охвата населения профилактическими программами до противодействия неблагоприятным стимулам, возникающим при использовании «оплаты за услуги» и «оплаты за законченный случай госпитализации» за счет улучшения координации действий медицинских работников и интеграции медицинской помощи или улучшения использования имеющихся данных и информационных технологий. Хотя программы имеют схожую концептуальную основу, их цели и масштабы часто весьма различны из-за различий в проблемах, которые они пытаются решить, а также в связи с разнообразием организации медицинской помощи в различных странах и доступностью данных.

2 Аналитический обзор подходов внедрения ценностно-ориентированного здравоохранения в зарубежных странах

Исследования, направленные на изучение отдаленных результатов лечения, показали колоссальную вариативность исходов в разных медицинских организациях. Например, в отдельных исследованиях продемонстрирована 6-ти кратная разница в частоте экстренных повторных госпитализаций после операции на тазобедренном суставе в Великобритании, 9-и кратная разница в частоте осложнений при радикальной простатэктомии в клиниках в Нидерландах и 18-и кратная разница в частоте проведения повторных вмешательств после операции на тазобедренном суставе в Германии [5-7].

Таким образом, к настоящему моменту во многих странах мира отмечается отсутствие зависимости между объемами и распределением финансовых средств в рамках оплаты медицинской помощи и наиболее значимыми для систем здравоохранения достигаемыми результатами – сохранением здоровья населения. Данный факт способствовал формированию нового тренда в области планирования и оплаты медицинской помощи и новым подходам к контролю качества медицинской помощи - ЦОЗ (англ. value-based healthcare, VBHC).

Основной особенностью данного подхода является смещение системы управления качеством в области здравоохранения от мониторинга затрат и исходов на популяционном уровне, и контроля процессов, объемов и исходов медицинской помощи, не всегда важных для пациентов, на контроль конечных результатов лечения, реально важных для пациента и влияющих на продолжительность и качество его жизни. ЦОЗ — это подход к оплате медицинской помощи, при котором оплата осуществляется не за объем оказанной медицинской помощи, а за отдаленный исход лечения, объективно важный для пациента, отражающий продолжительность и качество жизни.

В соответствии с концепцией М. Портера, основоположника ЦОЗ, составляющими ЦОЗ являются измерение исходов оказания медицинской помощи и затрат на ее оказание на уровне пациента (на индивидуальном уровне), реализация интегрированного подхода к оказанию медицинской помощи, оплата за результат, а также информатизация здравоохранения [8].

Внедрение стандартизованных подходов к оценке результатов оказания медицинской помощи (исходов) и их измерение исходов лечения на индивидуальном уровне позволяет реализовать значимый инструмент управления качеством в системе здравоохранения – рейтингование медицинских работников и медицинских организаций (бенчмаркинг).

Внедрение системы рейтингования положительно влияет на мотивацию поставщиков медицинских услуг и эффективность системы здравоохранения за счет повышения конкуренции между поставщиками медицинских услуг на разных уровнях оказания медицинской помощи и системами здравоохранения разных стран, что, в свою очередь, служит основным стимулом к повышению качества оказания медицинской помощи [8].

Эффективное функционирование системы рейтингования возможно только при условии объективности и прозрачности данных о результатах (исходах) оказания медицинской помощи, что ведет к необходимости стандартизации измерений. Именно поэтому в настоящее время различные организации разрабатывают и внедряют стандартизированные наборы для оценки качества оказания медицинской помощи с измерением результатов ее оказания.

Одной из наиболее известных таких организаций является «Международный консорциум по оценке исходов лечения» (International Consortium of Health Outcomes Measurement, ICHOM). ICHOM привлекает экспертов в области здравоохранения для разработки стандартизированных инструментов измерения результатов оказания медицинской помощи с точки зрения ЦОЗ по заболеваниям – «наборов» (sets). Применение этих инструментов позволяет провести сравнительный анализ поставщиков медицинских услуг на разных уровнях оказания медицинской помощи – как на уровне отдельного медицинского работника и медицинской организации, так и на национальном и международном уровнях. Такие стандартизированные наборы разрабатываются на каждое отдельное заболевание. В настоящее время ICHOM разработано 29 стандартизированных наборов, еще 9 находятся на стадии разработки.

Данные о результатах оказания медицинской помощи, в соответствии с определённым ICHOM подходом, разделяются на три категории по уровням (рис. 1).



Источник: [9].

Рисунок 1 – Классификация данных о результатах оказания медицинской помощи в соответствии с подходом ICNOM

В стандартизованные наборы ICNOM входят два основных модуля сбора данных:

- модуль сбора клинических данных, например, данных о результатах лабораторных исследований – такие данные представляет медицинских работник/медицинская организация;
- модуль сбора данных о результатах оказания медицинской помощи, получаемых непосредственно от пациентов (patient-reported outcome measurements, PROMs), например, оценка качества жизни пациента. Такие данные являются крайне важной составляющей измерения исходов оказания медицинской помощи.

Внедрение подходов ЦОЗ, в том числе основных механизмов ее реализации -мониторинга затрат и исходов оказания медицинской помощи на индивидуальном уровне (на уровне одного пациента) - невозможны без внедрения информационно-технологических решений в медицинских организациях и информатизации.

В соответствии с принципами ЦОЗ, предоставление медицинских услуг должно строиться вокруг потребностей пациента. Обеспечение пациента качественной и своевременной медицинской помощью не представляется возможным без тесного взаимодействия между собой всех медицинских работников и медицинских организаций, принимающих участие в оказание медицинской помощи пациенту – интегрированного подхода к оказанию медицинской помощи. Ряд исследований показывают, что внедрение интегрированного подхода к оказанию медицинской помощи позволяет уменьшить фрагментирование медицинской помощи, предотвратить дублирование медицинских

вмешательств, рационально использовать ресурсы системы здравоохранения, в том числе финансовые [10-14]. В основе интегрированного подхода к оказанию медицинской помощи лежит формирование междисциплинарной команды специалистов, которая обеспечивает высокую пациенто-ориентированность. Особенно актуальным данный подход является для оказания медицинской помощи пациентам с хроническими заболеваниями и пациентам пожилого и старческого возраста.

Следующим важным компонентом внедрения ЦОЗ является внедрение оплаты за результат (P4P). С точки зрения ЦОЗ, ключевым требованием к программам оплаты за результат является использование в качестве показате

+ля результата отдаленных исходов, важных для пациента.

Проведенный обзор зарубежного опыта показал, что внедрение ЦОЗ возможно как на уровне отдельных медицинских организаций, так и на национальном уровне. Национальные программы ЦОЗ, как правило, создаются в направлениях, соответствующих национальным приоритетам, фокусируются на наиболее проблемных сферах (заболеваниях, этапах оказания медицинской помощи и т.д.), в которых наблюдается неэффективность и недостаточно высокое качество оказания медицинской помощи. Наиболее часто в зарубежных странах программы ЦОЗ ориентированы на первичную амбулаторную помощь, так как именно этот этап оказания медицинской помощи требует повышения качества и эффективности.

Необходимо отметить, что по результатам проведенного обзора не было выявлено стран, внедривших все элементы ЦОЗ в полном объеме по всем направлениям медицинской помощи, однако, проводимые в разных странах мероприятия позволяют реализовать в дальнейшем полномасштабное внедрение ЦОЗ через настройку уже реализованных и поэтапное внедрение новых элементов ЦОЗ.

Во многих странах внедрение ЦОЗ осуществляется через внедрение набора показателей, отражающих качество и безопасность медицинской помощи пациентам, а также результаты оказания медицинской помощи. Во всех странах выполнение таких индикаторов связано с финансовым благополучием, как медицинских работников, так и медицинских организаций. В отдельных странах применяется система премирования за выполнение индикаторов или достижения по ним целевых показателей, в других странах применяется система штрафов. Также реализуются системы расторжения контрактов с наиболее неэффективными медицинскими работниками, их исключения из системы оказания медицинской помощи, а также публичного раскрытия результатов анализа

выполнения показателей для повышения эффективности деятельности и улучшения мотивации медицинских работников.

В большинстве проанализированных стран финансовое воздействие на медицинских работников и медицинские 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 подходов к внедрению ЦОЗ в разных странах представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Сводная характеристика подходов к внедрению ЦОЗ в разных странах

Страна	Условия оказания медицинской помощи	Наименование программы	Участие поставщиков медицинских услуг	Суть программы	Оцениваемые домены	Результат участия для поставщиков медицинских услуг	Источник данных для принятия решений о выполнении программы
Великобритания	амбулаторные	Программа качества и результатов (англ. Quality and Outcomes Framework, QOF)	добровольное	Выполнение целевых показателей индикаторов	Клинические вопросы, организационные аспекты, удовлетворенность пациентов, дополнительные услуги	Поощрительные выплаты ежегодно	Электронные медицинские карты пациента, ввод информации врачом на сайте
Франция	амбулаторные	Оплата за цели в области общественного здравоохранения (франц. Remuneration sur Objectifs de Sante Publique, ROSP)	добровольное	Выполнение индикаторов на основе клинических рекомендаций	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
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	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	

Продолжение таблицы 1

Страна	Условия оказания медицинской помощи	Наименование программы	Участие поставщиков медицинских услуг	Суть программы	Оцениваемые домены	Результат участия для поставщиков медицинских услуг	Источник данных для принятия решений о выполнении программы
Эстония	амбулаторные	Система бонусов за качество (англ., Quality Bonus System, QBS)	добровольное	Выполнение индикаторов	Профилактика заболеваний, лечение хронических заболеваний и дополнительные мероприятия	Поощрительные выплаты ежегодно	Реестры счетов фонда страхования
Австралия	амбулаторные	Программа стимулирования иммунизации (англ. General Practice Immunization Incentive, GPII), Программа поощрения практики (англ. Practice Incentives Program, PIP)	добровольное соответствии критериям включения	Выполнение индикаторов	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
Новая Зеландия	амбулаторные	Системы первичной медико-санитарной помощи (англ. Primary Health Organizations, PHO)	добровольное при соответствии критериям включения	Выполнение индикаторов	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
США	амбулаторные	Программа Объединенной ассоциации здравоохранения (англ. Integrated Healthcare Association, IHA)	добровольное через страховые компании	Выполнение индикаторов	Клинические индикаторы, индикаторы использования информационных технологий, индикаторы удовлетворенности пациентов, индикаторы рационального использования ресурсов системы	Премированием из размера сэкономленных средств ежегодно	Передача данных самостоятельно организацией или через страховые компании + реестры счетов

Продолжение таблицы 1

Страна	Условия оказания медицинской помощи	Наименование программы	Участие поставщиков медицинских услуг	Суть программы	Оцениваемые домены	Результат участия для поставщиков медицинских услуг	Источник данных для принятия решений о выполнении программы
					здравоохранения		
Турция	амбулаторные	трудовые контракты на основе результатов их деятельности (англ. Family Medicine Performance Based Contracting, FM PBC)	обязательное	Выполнение индикаторов	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 (1) отслеживания бюджета и расходов; (2) отслеживания связанных со здоровьем показателей, относящиеся к службам семейной медицины (интерфейс включает электронную медицинскую карту)
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	Оценка фактических и ожидаемых состояний пациента в стационаре, потенциально предотвратимые состояния, разработанным 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
Южная Корея	стационарные	Программа поощрения ценности (англ. Value incentive programme, VIP)	обязательное	Выполнение индикаторов	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 не достижении порога 1-2%)	Реестр счетов HIRA
Бразилия	стационарные	«Социальные организации в	Добровольно	Выполнение индикаторов	Качество обслуживания,	Ежемесячно с возможностью последующей	Информационная система учета затрат и

Продолжение таблицы 1

Страна	Условия оказания медицинской помощи	Наименование программы	Участие поставщиков медицинских услуг	Суть программы	Оцениваемые домены	Результат участия для поставщиков медицинских услуг	Источник данных для принятия решений о выполнении программы
		здравоохранении» (англ. Social Organizations in Health, OSS)			удовлетворенность пациентов, качество информации, эффективность	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 - бюджет может быть сокращен на 10%, менее 75% - бюджет может быть сокращен на 30%)	сбора данных

Источник: составлено авторами.

Выбор конкретных заболеваний для проектов ЦОЗ 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.

Основным компонентом ЦОЗ, приводящем в действие всю систему и служащим стимулом для внедрения в практическое здравоохранение новой концепции, является оплата за результат (P4P). В качестве «результата», в идеале, должны рассматриваться исходы лечения заболеваний, важные для пациентов. На практике реализация данного подхода сегодня затруднительна, зачастую в связи с недостаточным развитием 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 соблюдение процессов, достижение суррогатных или конечных исходов, достижение 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 в качестве переходного этапа от традиционного здравоохранения к ЦОЗ, сегодня в качестве «результатов» часто используются показатели, характеризующие структуру и процессы (например, выполнение требований клинических рекомендаций и протоколов лечения), а не исходы, значимые для пациента. Данный механизм оплаты также называют «оплата за комплаентность (приверженность)» (pay for compliance).

В настоящее время за рубежом используются различные дизайны программ P4P, понимающие под результатом разные аспекты оказания медицинской помощи, что представляет собой промежуточный этап при переходе на ЦОЗ, так как для того, чтобы «результат» стал «ценностью», он должен отражать предпочтения пациентов и характеризовать конечный исход, важный для пациента. Таким образом, степень реализации ЦОЗ в разных странах значительно варьируется, однако, отдельные

компоненты ЦОЗ сегодня успешно анализируются. На основании вышеизложенного была сформирована карта параметров, определяющих сценарии внедрения и

реализации ЦОЗ в разных странах (рис. 2)

Источник: составлено авторами.

Рисунок 2 – Карта параметров, определяющих сценарии внедрения и реализации ЦОЗ в разных странах

Вне зависимости от того, применяются ли подходы ЦОЗ на национальном уровне, отдельные медицинские организации внедряют принципы ЦОЗ на своем локальном уровне. Однако проведенный обзор опыта внедрения ЦОЗ на уровне отдельных медицинских организаций показал, что на настоящий момент полный и подробный анализ исходов и затрат возможен лишь в некоторых отдельных клиниках. Большинство реализуемых в Европе и США проектов по ЦОЗ имеют статус пилотных. В Европе наибольшее количество проектов отмечено в Нидерландах и Германии, при этом, в клиниках используются стандартизованные наборы исходов, разработанные международным консорциумом ICNOM. Для реализации проекта ЦОЗ необходима достаточная глубина информатизации в медицинской организации, которая позволяет вести регистр пациентов не только со сбором клинических параметров, но и с мониторингом данных о качестве жизни пациентов на протяжении всего периода наблюдения. Помимо информатизации, неотъемлемым условием полномасштабного внедрения ЦОЗ в отдельных медицинских организациях, является заинтересованность и готовность врачей к повышению прозрачности результатов их работы, к внедрению конкуренции, ведущей к повышению качества оказания медицинской помощи.

3. Аналитический обзор нормативных правовых актов, регулирующих вопросы оценки качества и финансирования медицинской помощи в Российской Федерации

Ключевыми документами, регламентирующими как вопросы контроля качества медицинской помощи, так и ее финансирования на федеральном уровне, являются Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Основными видами контроля качества медицинской помощи сегодня являются контроль качества и безопасности медицинской деятельности и контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в системе ОМС, в рамках которых проводится экспертиза качества медицинской помощи, направленная на выявление некачественной и несвоевременно оказанной медицинской помощи.

В настоящее время подходы к экспертизе качества медицинской помощи в и вне системы ОМС различны – экспертиза в системе ОМС сегодня включает оценку соответствия порядкам медицинской помощи, стандартам медицинской помощи, клиническим рекомендациям и сложившейся клинической практике, а вне системы ОМС – путем оценки выполнения критериев оценки качества медицинской помощи. Однако, в связи со вступлением в силу Федерального закона от 25 декабря 2018 г. № 489-ФЗ «О внесении изменений в статью 40 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам клинических рекомендаций» данные различия будут устранены и с 2022 года экспертиза качества медицинской помощи в системе ОМС будет проводиться также на основе критериев оценки качества медицинской помощи.

Механизмы регулярного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи со стороны страховых компаний при оказании медицинской помощи в рамках ДМС в настоящее время не предусмотрены.

Отдельным элементом системы контроля является независимая оценка качества условий оказания услуг медицинскими организациями как элемента общественного контроля. Она проводится в целях предоставления гражданам информации о качестве

условий оказания услуг медицинскими организациями, а также в целях повышения качества их деятельности.

Основными источниками финансирования здравоохранения являются федеральный бюджет, бюджеты субъектов РФ, местные бюджеты и средства ОМС. Дополнительными источниками выступают добровольное медицинское страхование и платные услуги, иные источники финансирования.

4 Аналитический обзор существующих препятствий и рисков внедрения ценностно-ориентированного здравоохранения в условия российского здравоохранения

В рамках анализа существующих препятствий внедрения ценностно-ориентированного здравоохранения в условия российского здравоохранения, в первую очередь проведена оценка настоящего соответствия системы здравоохранения РФ концепции ЦОЗ и ее составляющих.

Проведенный аналитический обзор нормативных правовых актов, регламентирующих вопросы контроля, финансирования и оплаты медицинской помощи позволяет сделать вывод о том, что сегодня в системе здравоохранения РФ выборочно реализуется оплата за результат за счет системы неоплаты и штрафования в случае выявления дефектов оказания медицинской помощи, а также за счет внедрения с 2012 года системы эффективного контракта с медицинскими организациями, руководителями медицинских организаций и медицинскими работниками.

Однако, существующие в рамках реализации моделей Р4Р показатели результата, не в полной мере соответствуют концепции ЦОЗ, так как практически не отражают важные для пациента исходы, а также в целом не направлены на измерение результатов оказания медицинской помощи на уровне конкретного пациента. Однако данный аспект не стоит рассматривать в качестве препятствия на пути внедрения ЦОЗ, так как планомерное и системное совершенствование подходов к формированию показателей качества медицинской помощи, с учетом важных для пациента исходов, позволит достичь полноценного внедрения ЦОЗ.

Для наиболее беспрепятственного внедрения ЦОЗ на любом уровне организации здравоохранения, необходима соответствующая цифровая инфраструктура. При внедрении ЦОЗ на уровне медицинской организации необходимо наличие информационной системы, соответствующей требованиям программы внедрения. В случае отсутствия возможности использовать существующую систему для целей ЦОЗ возможно использование специализированного программного продукта для сбора данных. Однако такой подход целесообразен только на уровне медицинской организации. В случае внедрения ЦОЗ на региональном и национальном уровнях требуется централизованная цифровая

инфраструктура, поэтому в целях выявления возможных препятствий был проведен обзор цифровой инфраструктуры системы здравоохранения РФ.

В настоящее время немалая часть медицинских организаций в России осуществляют свою деятельность, не имея в распоряжении МИС. В ряде медицинских организаций МИС установлены, однако не используются или используются не в полном объеме. Основными причинами такой невысокой интеграции цифровых подходов в повседневную практику медицинского персонала являются низкая цифровая грамотность медицинского персонала, с одной стороны, и низкое качество интерфейсной составляющей МИС, с другой. При этом немало медицинских организаций, которые успешно внедрили МИС и используют его по назначению, однако среди этих информационных систем существует крайне высокая вариативность программного обеспечения. Именно из-за крайне разнообразных программных продуктов и языков программирования, на которых они написаны, не удастся достигнуть необходимой преемственности между МИС разных медицинских организаций.

В конце 2018 года утвержден национальный проект «Здравоохранение», включающий в свой состав федеральный проект «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ)». Данный федеральный проект направлен на интеграцию ЕГИСЗ с государственными информационными системами в сфере здравоохранения всех регионов России, медицинскими информационными системами медицинских организаций, с Единым порталом государственных услуг и др. [15]. К концу 2021 году, в соответствии с планами проекта, 90% медицинских организаций войдут в систему электронного взаимодействия внутри ЕГИСЗ [16].

Таким образом, по результатам проведенного обзора цифровой инфраструктура системы здравоохранения РФ выявлено, что в настоящее время проводится значительная работа по информатизации здравоохранения, во многом данная работа уже находится на завершающем этапе формирования. В связи с чем, с учетом определенных в рамках различных проектов по информатизации сроков завершения работ, можно сделать вывод о том, что при внедрении ЦОЗ препятствий в части информатизации системы здравоохранения не будет. Возможно, потребуется некоторая донастройка информационных систем, используемых в медицинских

организациях, в целях стандартизированной информации для анализа данных в соответствии с ЦОЗ.

Как уже было сказано ранее в настоящее время в РФ не развит интегрированный подход к оказанию медицинских центров, эксперты в области ЦОЗ также выделяют данный аспект как препятствие на пути внедрения ЦОЗ. Требуются определенные навыки и профессиональные группы медицинского персонала, которые должны быть вовлечены в процесс. Во многих странах, в том числе в России, медицинская помощь в амбулаторных и стационарных условиях оказывается в медицинских организациях, являющихся отдельными юридическими лицами, что в свою очередь снижает вероятность сохранения преемственности оказания медицинской помощи пациентам. Внедрение интегрированных случаев лечения практически невозможно в медицинских организациях, не объединенных одними юридическими лицами.

Помимо вышеуказанных, зарубежные эксперты в области ЦОЗ выделяют следующие ключевые препятствия (барьеры) эффективной реализации ЦОЗ [17]:

- 1) отсутствие вовлеченности и заинтересованности врачей-клиницистов;
- 2) низкое качество собираемых данных;
- 3) необходимость финансовых вложений для внедрения ЦОЗ;
- 4) необходимость введения или реорганизации стимулов в системе здравоохранения с использованием данных о результатах медицинской помощи для того, чтобы заинтересованные стороны могли оптимизировать само понятие ценности здоровья;
- 5) отсутствие ценностно-ориентированной культуры в системе здравоохранения.

Говоря об основных препятствиях на пути внедрения ЦОЗ в условиях существующей системы российского здравоохранения, необходимо также отметить вероятные риски внедрения данного подхода. Прежде всего, необходимо принимать во внимание, что опыт внедрения в зарубежных странах показал, что повышение качества оказания медицинской помощи пациентам не всегда приводит к сокращению расходов на здравоохранение, а, напротив, может наблюдаться их увеличение. В некоторых программах ЦОЗ появляются новые выплаты врачам за услуги по ведению пациентов, такие как заполнение документации, ведение информационных систем и обучение, которые ранее не возмещались в качестве отдельных услуг [18].

Системы здравоохранения также должны быть готовы вкладывать средства в ресурсы, способствующие эффективному переходу на новую систему и обеспечению

непрерывности медицинской помощи. Кроме того, поскольку программы ЦОЗ сосредоточены на улучшении качества медицинской помощи и экономии затрат, объемы лечения в стационаре будут сокращаться, что потребует скорректировать структуру затрат и дополнительных вспомогательных услуг, чтобы компенсировать такое сокращение [19].

Таким образом, можно выделить следующие риски внедрения ЦОЗ:

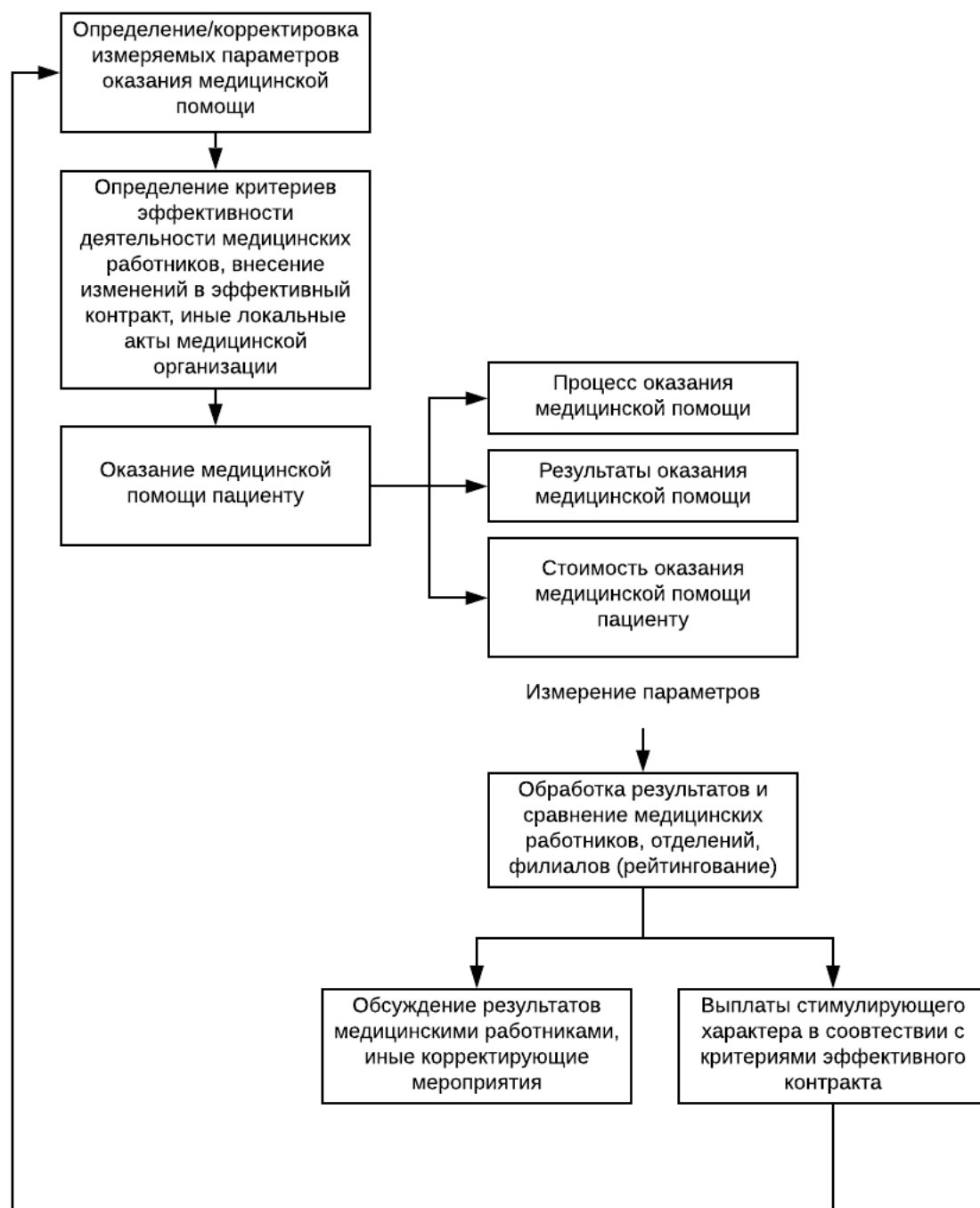
- 1) рост расходов на систему здравоохранения;
- 2) смещение интересов поставщиков медицинских услуг в сторону более здоровых или более приверженных к лечению пациентов;
- 3) смещение результатов в пользу поставщиков медицинских услуг, исходно обладающих большими возможностями, и, как следствие, усугубление эффективности деятельности поставщиков медицинских услуг с меньшими возможностями;
- 4) смещение целей поставщиков медицинских услуг и снижение значимости пациента для поставщика медицинских услуг в сторону финансовых выгод – при внедрении системы, уделяющей большое внимание финансовой стимуляции поставщиков медицинских услуг.

5 Предложения по внедрению ценностно-ориентированного здравоохранения в Российской Федерации

Проведенный обзор подходов к внедрению ЦОЗ в разных странах, а также обзор нормативно-правовых актов, регламентирующих вопросы контроля и финансирования медицинской помощи, позволяют выделить две основные концепции внедрения ЦОЗ – на уровне отдельных медицинских организаций и на уровне системы здравоохранения РФ.

Проведенный аналитический обзор нормативно-правовых актов, регулирующих вопросы контроля и финансирования медицинской помощи в целом не выявил ограничений, затрудняющих внедрение ЦОЗ в настоящее время – действующая сегодня система здравоохранения в целом, и система нормативного регулирования, в частности, позволяет реализовать ЦОЗ, в первую очередь за счет внедрения системы эффективного контракта с медицинскими работниками.

В целом функционирование ЦОЗ на уровне медицинских организаций представлено на рис. 3.



Источник: составлено авторами.

Рисунок 3 – ЦОЗ на уровне отдельных медицинских организаций

В целом внедрение ЦОЗ на уровне медицинской организации вне зависимости от степени ее исходного соответствия ЦОЗ можно представить следующим образом:

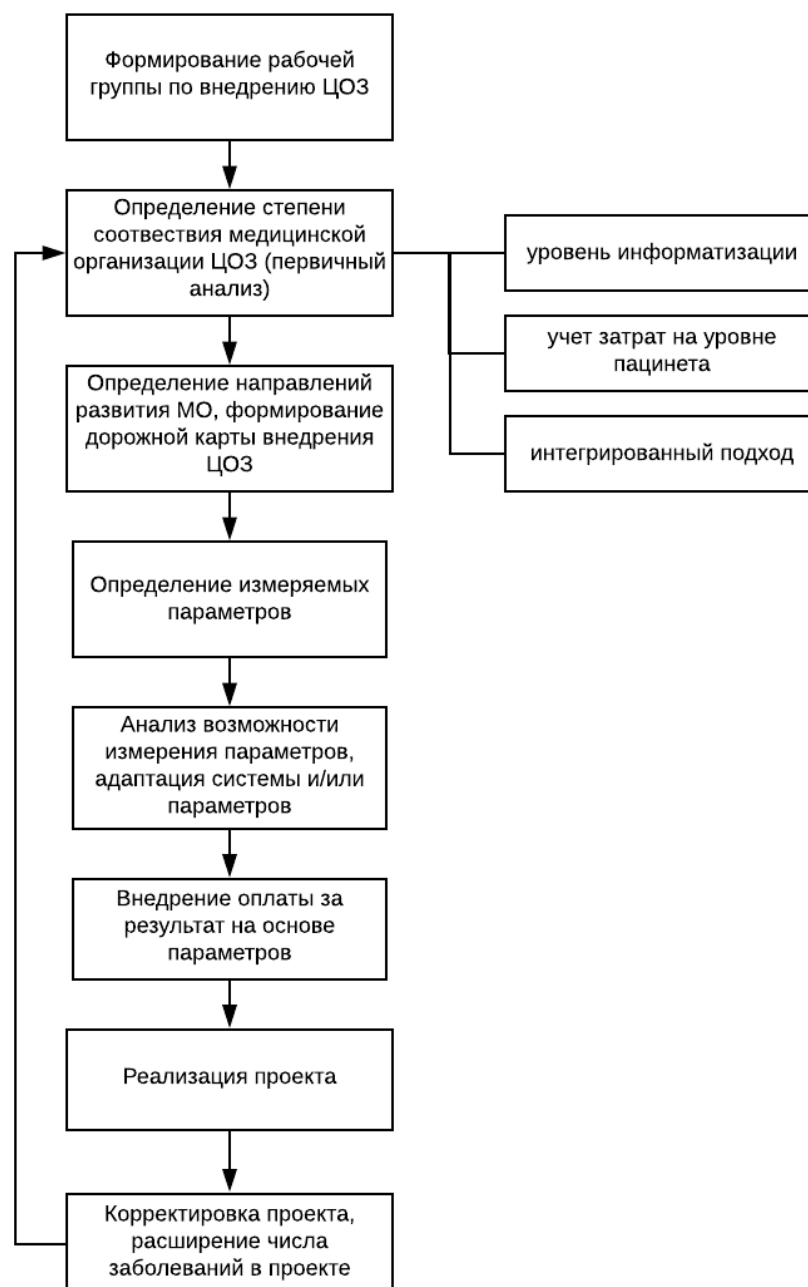
- 1) Формирование рабочей группы по вопросам внедрения ЦОЗ;

2) Оценка степени исходного соответствия медицинской организации ЦОЗ, в том числе оценка возможности учета расходов на оказание медицинской помощи конкретному пациенту, информации медицинской организации, степени внедрения интегрированного подхода при оказании медицинской помощи, проведение корректирующих мероприятий или разработка плана развития медицинской организации;

3) Разработка измеряемых параметров оказания медицинской помощи и/или адаптация ранее разработанных параметров – в рамках внедрения ЦОЗ видится наиболее приемлемым постепенное внедрение ЦОЗ – сначала на одном заболевании/группе заболеваний, затем при достижении функционирования системы расширение на другие заболевания или состояния;

4) Оценка возможности измерения параметров оказания медицинской помощи с использованием информационных систем медицинских организаций, гармонизация параметров и информационной системы, корректировка организации деятельности медицинской организации и непосредственно медицинских работников, в том числе через изменение или внедрение локальных актов, внедрение и/или адаптация системы оплаты под оплату за результат в соответствии с определяемыми параметрами;

5) Реализация ЦОЗ с контролем и проведением корректирующих мероприятий (рис. 4).



Источник: составлено авторами.

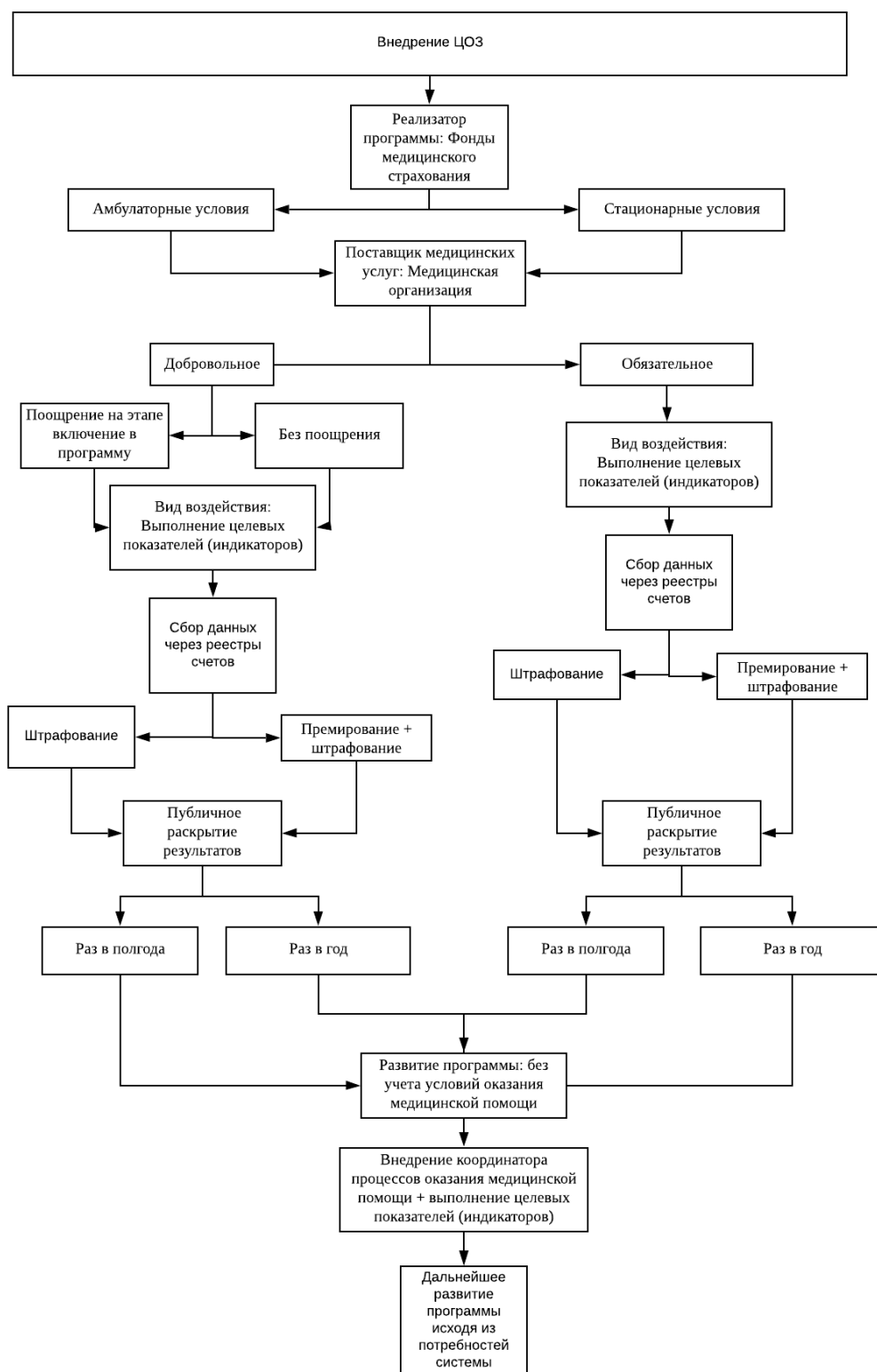
Рисунок 4 – Внедрение ЦОЗ на уровне медицинской организации

Сегодня основными документами, регламентирующими вопросы организации, оказания и контроля качества медицинской помощи, как уже было сказано ранее, являются порядки оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи, клинические рекомендации и критерии оценки качества медицинской помощи. Данные документы являются определяющими качество оказания медицинской помощи, так как на их соответствие проводится проверка как в рамках экспертизы качества медицинской помощи, так и оценка деятельности медицинских работников в

рамках внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Таким образом, при формировании измеряемых в рамках ЦОЗ параметров крайне желательно учитывать данные документы.

На уровне системы здравоохранения РФ возможны различные пути реализации ЦОЗ в зависимости от целей внедрения программы. В случае, если реализатором программы ЦОЗ в РФ выступит федеральный или территориальный фонд обязательного медицинского страхования, исходя из опыта внедрения ЦОЗ в разных странах, в качестве системы получения необходимых данных возможно будет использование реестров счетов или комбинация реестров счетов с другим программным обеспечением. В противном случае возможно потребуются разработка нового программного продукта, что сопряжено с финансовыми и иными затратами.

С учетом опыта внедрения ЦОЗ в разных странах и с учетом действующей системы оплаты и контроля медицинской помощи в РФ, были определены наиболее рациональные сценарии внедрения ЦОЗ на национальном уровне (рис 5).



Источник: составлено авторами.

Рисунок 5 – Возможные пути внедрения ЦОЗ с учетом развилок

В соответствии с предложениями по внедрению ЦОЗ в условиях российского здравоохранения, были определены предложения по нормативно-правовому обеспечению предлагаемых изменений.

В рамках проведенного анализа были выявлены следующие ключевые направления внесения изменений в действующую нормативную базу. В целях внедрения стандартизированных подходов к измерению исходов оказания медицинской помощи:

- 1) Утверждение методики формирования критериев оценки качества медицинской помощи на уровне органа исполнительной власти Российской Федерации в сфере здравоохранения с учетом принципов ЦОЗ;

- 2) Актуализация критериев оценки качества медицинской помощи, утвержденных сегодня приказом Минздрава России от 10 мая 2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»;

- 3) Актуализация программы государственных гарантий в части критериев качества медицинской помощи и доступности медицинской помощи на основе актуализированных критериев оценки качества медицинской помощи, утвержденных сегодня приказом Минздрава России от 10 мая 2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» – на этапе внедрения программы ЦОЗ с обязательным участием всех медицинских организаций;

- 4) Конкретизация подходов к проведению экспертизы качества медицинской помощи, утвержденных сегодня Приказом ФОМС от 28 февраля 2019 г. № 36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

В целях формирования интегрированного подхода к оказанию медицинской помощи:

- 1) Актуализация Минздравом России порядков оказания медицинской помощи с целью формирования возможности реализации интегрированного подхода при оказании медицинской помощи с формированием алгоритмов и правил взаимодействия врачей различных медицинских организаций для обеспечения преемственности лечения и непрерывности наблюдения за пациентами с хроническими заболеваниями;

- 2) Формирование долгосрочных как федеральной, так и региональных целевых программ развития института врачей терапевтов и врачей общей практики и усиления их координирующей роли при оказании медицинской помощи пациентам;

- 3) Внедрение программ оказания медицинской помощи пациентам с хроническими заболеваниями, координируемых врачом общей практики или врачом-терапевтом. Наряду с этим, потребуется нормативное правовое закрепление

обязанности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях стационара, информирования врачей-терапевтов или врачей общей практики (врачей-координаторов) о случаях госпитализации прикрепленных к нему пациентов, о проведенной медицинской помощи и рекомендациям по последующему лечению, реабилитации или наблюдению;

4) Разработка перечня мер по переходу на интегрированные методы оплаты медицинской помощи в системе ОМС, с акцентом на расширение сферы действия метода фондодержания.

5.1 Анализ последствий внедрения ценностно-ориентированного здравоохранения в Российской Федерации на примере отдельного заболевания

Сердечно-сосудистые и цереброваскулярные заболевания, представленные в официальной статистике, как болезни системы кровообращения являются ведущими причинами смертности населения в Российской Федерации, на их долю, от общего числа умерших от всех причин, приходится более 55% смертей [20]. Таким образом, наблюдение пациентов с артериальной гипертонией и своевременное оказание таким пациентам медицинской помощи надлежащего качества с целью предотвращения тяжелых осложнений данного заболевания и, как следствие, снижения смертности, является одной из основных задач отечественной системы здравоохранения.

Поскольку в настоящее время критерии оценки качества медицинской помощи в соответствии с приказом №203н Минздрава России существуют только для стационарного этапа медицинской помощи, внедрение критериев, связанных с первичной и вторичной профилактикой сердечно-сосудистых заболеваний (амбулаторная медицинская помощь), а также пересмотр критериев оценки качества медицинской помощи на стационарном этапе может позволить снизить заболеваемость и смертность вследствие данных заболеваний.

Таким образом, была сформулирована гипотеза клинико-экономического исследования: поскольку артериальная гипертония, являясь хроническим заболеванием, значимо связана с развитием острых жизнеугрожающих заболеваний, повышение качества оказания медицинской помощи пациентам с артериальной гипертонией на амбулаторном этапе позволит снизить заболеваемость и смертность вследствие острого инфаркта миокарда и сердечной недостаточности.

Для определения показателей распространенности, заболеваемости, смертности, доле пациентов, состоящих на диспансерном наблюдении, а также частоты госпитализации, смертности в связи с болезнями системы кровообращения были использованы данные за 2016 и 2017 г. [21-23].

В соответствии с результатами рассмотренных исследований эффективности внедрения программы в Великобритании, степень исполнения медицинскими организациями индикаторов качества составила 81% [24] (то есть в 81% случаев были достигнуты показатели целевого артериального давления), при этом смертность от ишемической болезни сердца сократилась на 16,6 на 100 тысяч населения [25].

Для расчета прогнозируемого количества умерших вследствие ишемической болезни сердца пациентов в 2020 году использовалась логарифмическая параметризация данных 2016-2018 гг. Расчетный показатель смертности от ишемической болезни сердца в 2020 году составил 406 563 человека, что в пересчете на 100 тысяч населения 276,58 человек. Основываясь на данных международного опыта, можно предполагать, что в результате внедрения критериев оценки качества амбулаторной медицинской помощи удастся сократить показатель смертности до 259,98 на 100 тысяч населения ежегодно, что в пересчете на население Российской Федерации составит 382 164 человека.

Таким образом, общее число сохраненных жизней за счет внедрения ценностно-ориентированных подходов на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи может достигать 24 399 человек.

Прогнозируемая разница затрат (2020 г. по сравнению с 2019 г.) составит 531 189 741,60 рублей, при этом дополнительные затраты на одну предотвращенную смерть вследствие ишемической болезни сердца составят 1 389,95 рублей.

Таким образом, внедрение критериев оценки качества амбулаторной медицинской помощи связано с дополнительными затратами государства, однако с учетом, что это приводит к предотвращению значительного количества смертей, внедрение критериев оценки качества амбулаторной медицинской помощи можно считать клинико-экономически обоснованным.

5.2 Анализ возможных сценариев политики по внедрению подходов ценностно-ориентированного здравоохранения в условия российского здравоохранения

Реализация ЦОЗ в условиях российского здравоохранения возможна следующими сценариями:

- 1) внедрение ЦОЗ на национальном уровне системы здравоохранения или на уровне системы здравоохранения субъектов РФ;
- 2) внедрение ЦОЗ на уровне медицинских организаций;
- 3) внедрение ЦОЗ на национальном уровне и на уровне медицинских организаций.

Проведенный аналитический обзор нормативно-правовых актов, регулирующих вопросы контроля и финансирования медицинской помощи, не выявил значительных препятствий внедрения ЦОЗ, однако необходимым условием является завершение программы по информатизации системы здравоохранения.

В случае реализации ЦОЗ в условиях российского здравоохранения по сценарию внедрения на национальном уровне, необходимо проведение следующей политики в сфере здравоохранения:

- 1) Определение регулятора ЦОЗ в РФ – с учетом зарубежного опыта внедрения ЦОЗ и структуры системы здравоохранения, наиболее целесообразным представляется в качестве регулятора внедрения ЦОЗ Фонд обязательного медицинского страхования (Федеральный/территориальный);
- 2) Нормативное правовое обеспечение процесса внедрения ЦОЗ:
 - Утверждение методических рекомендаций по учету затрат на оказание медицинской помощи на индивидуальном уровне (на уровне конкретного пациента) – на этапе внедрения программы ЦОЗ с обязательным участием всех медицинских организаций;
 - Актуализация программы государственных гарантий в части критериев качества медицинской помощи и доступности медицинской помощи на основе актуализированных критериев оценки качества медицинской помощи, утвержденных сегодня приказом Минздрава России от 10 мая 2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» – на этапе внедрения программы ЦОЗ с обязательным участием всех медицинских организаций;
 - Конкретизация подходов к проведению экспертизы качества медицинской помощи, утвержденных сегодня Приказом ФОМС от 28 февраля 2019 г. № 36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»;
 - Разработка и утверждение регулятором внедрения ЦОЗ методики ведения и подачи медицинскими организациями информации, необходимой для оценки и сравнения медицинских организаций в соответствии с принципами ЦОЗ;
 - Разработка и утверждение регулятором внедрения ЦОЗ методики

формирования рейтинга медицинских организаций, участвующих в проекте ЦОЗ;

- Разработка и утверждение регулятором внедрения ЦОЗ методики финансового поощрения лучших медицинских организаций, участвующих в проекте.

3) Реализация пилотного проекта по внедрению ЦОЗ с определением критериев эффективности проекта (целевых результатов). Необходимо отметить, что реализация пилотного проекта возможна как в амбулаторных условиях (при условии разработки на момент проведения пилотного проекта критериев оценки качества медицинской помощи по группам заболеваний, состояний на первичную медико-санитарную помощь), так и в стационарных условиях (при условии актуализации критериев оценки качества медицинской помощи), с определением правил проведения проекта по следующим направлениям:

- правила сбора и учета сведений об исполнении критериев оценки качества медицинской помощи, а также о результатах оказания медицинской помощи всем пациентам;

- правила сбора и учета информации о затратах на оказание медицинской помощи на уровне отдельного пациента – на индивидуальном уровне;

- правила формирования показателей соотношения достигаемых результатов и затрат на оказания медицинской помощи пациентам;

- правила и критерии формирования рейтингов медицинских организаций;

- правила финансового поощрения медицинских организаций;

- сроки и критерии эффективности реализации пилотного проекта.

4) В случае достижения целевых результатов реализации пилотного проекта, возможно полноценное внедрение ЦОЗ с обязательным участием медицинских организаций (внедрение системы рейтингования поставщиков медицинских услуг с открытой публикацией результатов);

5) По мере развития ЦОЗ и достижения возможностей информатизации здравоохранения в виде обмена данными между различными медицинскими организациями в части информации о пациенте, возможно внедрение интегрированного подхода к оказанию медицинской помощи посредством внедрения функции координатора медицинской помощи у врачей-терапевтов и врачей общей практики. В данном случае, рекомендуется рассмотреть возможность внедрения системы стимулирования для поставщиков медицинских услуг.

В случае реализации ЦОЗ в условиях российского здравоохранения по сценарию внедрения на уровне медицинских организаций, потребуется внесение

следующих изменений в проводимую в настоящее время политику в сфере здравоохранения:

1) Внедрение системы оценки в рамках внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности результатов оказания медицинской помощи, в том числе важных для пациента, а также оценки деятельности медицинских работников по результатам оказания медицинской помощи, в том числе важным для пациента, по выполнению критериев оценки качества медицинской помощи. – внесение соответствующих изменений в Приказ Минздравом России от 07 июня 2019 г. №381н «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» - в случае внедрения ЦОЗ на уровне медицинских организаций;

2) Внесение изменений в [Приказ](#) Минздрава России от 28 июня 2013 г. №421 «Об утверждении Методических рекомендаций по разработке органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления показателей эффективности деятельности подведомственных государственных (муниципальных) учреждений, их руководителей и работников по видам учреждений и основным категориям работников» в части внедрения системы зависимости оценки уровень оплаты труда медицинских работников от результатов оказания медицинской помощи, в том числе важных для пациента системы, и выполнения критериев оценки качества медицинской помощи - в случае внедрения ЦОЗ на уровне медицинских организаций.

5.3 Разработка дорожной карты/этапов внедрения ценностно-ориентированного здравоохранения в условия российского здравоохранения

Таким образом, на основании вышеизложенного был разработан план внедрения ценностно-ориентированного здравоохранения в условия российского здравоохранения, включающий следующие этапы:

- 1) Завершение информатизации системы здравоохранения РФ;
- 2) Утверждение методики формирования критериев оценки качества медицинской помощи на уровне органа исполнительной власти Российской Федерации в сфере здравоохранения с учетом ЦОЗ;
- 3) Актуализация критериев оценки качества медицинской помощи, утвержденных сегодня приказом Минздрава России от 10 мая 2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»;

4) Конкретизация подходов к проведению экспертизы качества медицинской помощи, утверждённых сегодня Приказом ФОМС от 28 февраля 2019 г. № 36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»;

5) Формирование пилотного проекта внедрения ЦОЗ. В рамках данного этапа определяются перечень заболеваний, состояний, по вопросам организации и оказания медицинской помощи при которых, будет внедряться программа ЦОЗ. Представляется целесообразным внедрение ЦОЗ как для стационарных, так и для амбулаторных условий. В рамках данного этапа необходимо также определить следующее:

- правила сбора и учета сведений об исполнении критериев оценки качества медицинской помощи, а также о результатах оказания медицинской помощи всем пациентам;
- правила сбора и учета информации о затратах на оказание медицинской помощи на уровне отдельного пациента – на индивидуальном уровне;
- правила формирования показателей соотношения достигаемых результатов и затрат на оказания медицинской помощи пациентам;
- правила и критерии формирования рейтингов медицинских организаций;
- правила финансового поощрения медицинских организаций;
- сроки и критерии эффективности реализации пилотного проекта.

Реализация данного этапа возможна как на уровне Федерального Фонда обязательного медицинского страхования, так и на уровне отдельных территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

6) Добровольное участие медицинских организаций в пилотном проекте по внедрению ЦОЗ. При этом, медицинские организации должны соответствовать следующим характеристикам:

- наличие медицинских информационных системы;
- учет затрат на оказание медицинской помощи на уровне отдельного пациента – на индивидуальном уровне;
- возможность оценки степени выполнения критериев оценки качества медицинской помощи и передача данной информации;

Одним из возможных вариантов повышения мотивации участия медицинских организаций в пилотном проекте может быть единовременное финансовое поощрение таких медицинских организаций на этапе их включения в проект.

7) Оказание медицинской помощи пациентам в отобранных медицинских организациях, полноценное функционирование системы контроля, объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

8) Передача сведений об исполнении критериев оценки качества медицинской помощи, а также о результатах оказания медицинской помощи всем пациентам, информации о затратах на оказание медицинской помощи на уровне отдельного пациента в Фонд обязательного медицинского страхования;

9) Анализ Фондом обязательного медицинского страхования представленных данных с формированием рейтинга медицинских организаций. Необходимо отметить, что на данном этапе в случае минимального количества участвующих медицинских организаций публичное раскрытие может привести к формированию некорректной оценки участвующих медицинских организаций получателями медицинских услуг – медицинские организации с наихудшими результатами будут оцениваться как представляющие некачественную медицинскую помощь, что является некорректным с учетом их добровольного участия в данном проекте и, соответственно, высокой заинтересованности в повышении качества медицинской помощи. На основании вышеизложенного, система рейтингования медицинских организаций представляется эффективной в случае участие в проекте не менее 50% медицинских организаций по направлению медицинской помощи, с опубликованием результатов один раз в год или один раз в полгода;

10) Премирование медицинских организаций, входящих в топ составленного в пункте 5 рейтинга, по завершению один раз в год. Представляется целесообразным основывать систему премирования на системе неоплат и штрафов, в соответствии с выявленными в участвующих в пилотном проекте медицинских организациях дефектами оказания медицинской помощи, в рамках проведенного в течение года контроля, объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. В соответствии с результатами рейтингования, лучшим медицинским организациям возвращается доля от неоплат и штрафов. В данном случае, возможны различные варианты возврата средств – как фиксированная доля от неоплата и штрафов, в соответствии с выявленными только в данной медицинской организации дефектами оказания медицинской помощи в рамках проведенного в течение год контроля, объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному

медицинскому страхованию, так и доля от суммы всех неоплат и штрафов, в соответствии с выявленными во всех участвующих медицинских организациях дефектами. Таким образом, у участвующих в пилотном проекте медицинских организаций появляется мотивация совершенствования подходов и, соответственно, продвижения по рейтингу. При этом, представленная система не требует дополнительных финансовых вложений;

11) Оценка эффективности реализации пилотного проекта. В случае отнесения пилотного проекта к эффективному, представляется целесообразным, при условии достижения необходимого уровня информации системы здравоохранения, полноценное внедрение ЦОЗ с обязательным участием медицинских организаций. В данном случае, система поощрения на этапе включения медицинской организации в проект не применяется. Дальнейшие шаги развития ЦОЗ не отличаются от уже описанных в сценарии в пунктах 3-6. Единственной отличительной характеристикой развития ЦОЗ будут являться перечни заболеваний, состояний, по вопросам оказания медицинской помощи при которых будет внедряться ЦОЗ;

12) Утверждение Фондом обязательного медицинского страхования методических рекомендаций по учету затрат на оказание медицинской помощи на индивидуальном уровне (на уровне конкретного пациента) – на этапе внедрения программы ЦОЗ с обязательным участием всех медицинских организаций;

13) Актуализация программы государственных гарантий в части критериев качества медицинской помощи и доступности медицинской помощи на основе актуализированных критериев оценки качества медицинской помощи, утвержденных сегодня приказом Минздрава России от 10 мая 2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» – на этапе внедрения программы ЦОЗ с обязательным участием всех медицинских организаций;

14) Утверждение Фондом обязательного медицинского страхования методики ведения и подачи медицинскими организациями информации, необходимой для оценки и сравнения медицинских организаций, в соответствии с принципами ЦОЗ;

15) Утверждение Фондом обязательного медицинского страхования методики формирования рейтинга медицинских организаций, участвующих в ЦОЗ;

16) Утверждение Фондом обязательного медицинского страхования методики финансового поощрения лучших медицинских организаций, участвующих в проекте;

17) Внесение изменений в [Приказ](#) Минздрава России от 28 июня 2013 г. №421 «Об утверждении Методических рекомендаций по разработке органами

государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления показателей эффективности деятельности подведомственных государственных (муниципальных) учреждений, их руководителей и работников по видам учреждений и основным категориям работников» в части внедрения системы зависимости оценки уровня оплаты труда медицинских работников от результатов оказания медицинской помощи, в том числе важных для пациента, и выполнения критериев оценки качества медицинской помощи - в случае внедрения ЦОЗ на уровне медицинских организаций;

18) Внедрение системы оценки в рамках внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности результатов оказания медицинской помощи, в том числе важных для пациента, а также оценки деятельности медицинских работников по результатам оказания медицинской помощи, в том числе важным для пациента, системы по выполнению критериев оценки качества медицинской помощи. – внесение соответствующих изменений в Приказ Минздравом России от 07 июня 2019 г. №381н «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» - в случае внедрения ЦОЗ на уровне медицинских организаций;

19) По мере развития ЦОЗ и достижения возможностей информатизации здравоохранения в виде обмена данными между различными медицинскими организациями в части информации о пациенте, возможно внедрение интегрированного подхода к оказанию медицинской помощи через внедрение функции координатора медицинской помощи у врачей-терапевтов и врачей общей практики. Данное внедрение потребует реализации следующих нормативных правовых изменений:

— актуализация Минздравом России порядков оказания медицинской помощи с целью создания возможности реализации интегрированного подхода при оказании медицинской помощи, с формированием алгоритмов и правил взаимодействия врачей различных медицинских организаций для обеспечения преемственности лечения и непрерывности наблюдения за пациентами с хроническими заболеваниями;

— Формирование долгосрочных как федеральной, так и региональных целевых программ развития института врачей терапевтов и врачей общей практики, и усиления их координирующей роли при оказании медицинской помощи пациентам;

— внедрение программ оказания медицинской помощи пациентам с хроническими заболеваниями, координируемых врачом общей практики или врачом-

терапевтом; наряду с этим потребуется нормативное правовое закрепление обязанности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях стационара, информирования врачей-терапевтов или врачей общей практики (врачей-координаторов) о случаях госпитализации прикрепленных к нему пациентов, о проведенной медицинской помощи и рекомендациям по последующему лечению, реабилитации или наблюдению;

— разработка перечня мер по переходу на интегрированные методы оплаты медицинской помощи в системе ОМС с акцентом на расширение сферы действия метода фондодержания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе исследования было определено, что ни один из классических методов оплаты медицинской помощи не создает прямых стимулов к улучшению качества услуг или объективному улучшению здоровья населения сверх минимальных требований к качеству и безопасности оказанных услуг. Продолжающийся рост потребностей в медицинской помощи (старение населения, распространение хронических неинфекционных заболеваний) и усложнение ее структуры (внедрение новых технологий) усиливают заинтересованность общественных покупателей в повышении эффективности расходования средств и переориентации поставщиков на реальное улучшение здоровья обслуживаемого населения. ЦОЗ является новой концепцией развития здравоохранения, согласно которой необходим переход от мониторинга финансовых затрат и результатов лечения на популяционном уровне, к индивидуальному мониторингу; от контроля процессов, объемов и результатов медицинской помощи, ориентированных не на пациента, к контролю отдаленных исходов, ориентированных на пациента и имеющих влияние на прогноз заболевания и качество жизни.

Анализ зарубежного опыта показал, что ЦОЗ получает широкое признание и распространение во многих странах. Ключевыми составляющими при внедрении ЦОЗ являются измерение исходов лечения и затрат на индивидуальном уровне, реализация интегрированного подхода к оказанию медицинской помощи, оплата за результат, а также информатизация здравоохранения. Внедрение ЦОЗ возможно как на уровне отдельных медицинских организаций, так и на национальном уровне. Национальные программы ЦОЗ, как правило, создаются в направлениях, соответствующих национальным приоритетам, фокусируются на наиболее проблемных сферах (заболеваниях, этапах оказания медицинской помощи и т.д.), в которых наблюдается неэффективность и недостаточно высокое качество оказания медицинской помощи.

Проведенный анализ нормативно-правовых документов, регламентирующих вопросы оценки качества и финансирования медицинской помощи в РФ показал, что оценка результатов лечения осуществляется выборочно и на отдельных этапах (в стационаре, в амбулаторных условиях и т.д.). Критерии качества медицинской помощи зачастую контролируют процессы и их своевременность, а не результаты медицинской помощи. Контроль исходов происходит лишь в некоторых случаях, при этом наиболее часто оцениваются «суррогатные» исходы, в то время как важные для пациента

исходы лечения не учитываются. Систематический сбор и анализ данных о качестве и результатах лечения на уровне индивидуального пациента остается технически невозможным для многих медицинских организаций. Проведенный аналитический обзор нормативно-правовых актов, регулирующих вопросы контроля и финансирования медицинской помощи в целом не выявил ограничений, затрудняющих внедрение ЦОЗ в настоящее время – действующая сегодня система здравоохранения в целом, и система нормативного регулирования, в частности, позволяет реализовать ЦОЗ, в первую очередь за счет внедрения системы эффективного контракта с медицинскими работниками.

Для оценки возможности внедрения ЦОЗ в РФ был проведен анализ существующих препятствий, который показал, что основными препятствиями могут стать недостаточное развитие информатизации здравоохранения; отсутствие системы измерения затрат на оказание медицинской помощи на уровне конкретного пациента; отсутствие медицинских центров, организованных в соответствии с интегрированным подходом; низкое качество собираемых данных; необходимость финансовых вложений для внедрения ЦОЗ; необходимость введения или реорганизации стимулов в системе здравоохранения с использованием данных о результатах медицинской помощи; отсутствие заинтересованности и мотивации у клиницистов, а также отсутствие ценностно-ориентированной культуры в системе здравоохранения.

В качестве возможных рисков внедрения ЦОЗ в условия российского здравоохранения необходимо рассматривать высокие затраты на администрирование программ, необходимость дополнительных затрат для развития необходимой инфраструктуры для перехода на ЦОЗ (интеграция медицинской помощи, появление новых услуг), а также неоднозначное влияние на равенство в доступности медицинской помощи различным по тяжести и по социальному статусу пациентам (избегание поставщиками медицинских услуг более тяжелых и сложных пациентов).

Внедрение ЦОЗ в условиях российского здравоохранения возможно двумя основными путями – на уровне отдельных медицинских организаций и на уровне системы здравоохранения РФ. Внедрение на уровне системы здравоохранения РФ возможно относительно медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных или стационарных условиях оказания медицинской помощи или вне зависимости от условий. Последний вариант наиболее приоритетен с точки зрения внедрения интегрированного подхода к оказанию медицинской помощи, однако, требует

значительных как временных и организационных, так и финансовых затрат, в связи с чем наиболее рациональным видится поэтапное внедрение ЦОЗ – сначала в зависимости от условий оказания медицинской помощи с последующим расширением до независимого от условий.

Уже сегодня в рамках контроля качества медицинской помощи в системе ОМС, экспертиза качества медицинской помощи проводится на основе критериев оценки качества медицинской помощи. Для внедрения принципов ЦОЗ необходимо дальнейшее развитие данных критериев оценки качества медицинской помощи, с учетом важных для пациента исходов, а также необходимо определение методики формирования критериев оценки качества медицинской помощи с учетом ЦОЗ и методики их актуализации. Важным этапом внедрения ЦОЗ является формирование системы рейтингования поставщиков медицинских услуг с публичным раскрытием результатов.

Так как система оплаты и контроля медицинской помощи в ОМС основывается на результатах оказания медицинской помощи (в случае выявления дефектов оказания медицинской помощи в отношении медицинских организаций применяется системы неоплаты и/или штрафования), представляется целесообразным сохранение действующей системы оплаты и контроля медицинской помощи с возможным внедрением системы премирования в случае достижения определенных результатов, как элемента повышения заинтересованности поставщиков медицинских услуг в программе и качестве оказания медицинской помощи. В соответствии с результатами рейтингования, лучшим медицинским организациям возможен возврат доли от неоплат и штрафов.

С учетом настоящей системы контроля и оплаты медицинской помощи в РФ в зависимости от определенного участия поставщиков медицинских услуг (добровольного/обязательного) и целей реализации программы, а также на основании результатов обзора подходов к внедрению ЦОЗ в разных странах, возможным реализатором программы ЦОЗ в РФ может быть Фонд обязательного медицинского страхования (федеральный/территориальный). В качестве системы получения необходимых данных возможно использование реестров счетов или комбинация реестров счетов с другим программным обеспечением.

Наиболее эффективным и целесообразным, с точки зрения соотношения затрат и достигаемых результатов представляется сценарий внедрения ЦОЗ, когда на

начальном этапе формируется пилотный проект, в рамках которого определяется перечень заболеваний, состояний, по вопросам организации и оказания медицинской помощи, при которых, будет внедряться программа ЦОЗ. Начальный этап предполагает добровольное участие медицинских организаций в проекте.

По результатам оценки эффективности реализации пилотного проекта и в случае признания его эффективным, представляется целесообразным, при условии достижения необходимого уровня информации системы здравоохранения, полноценное внедрение ЦОЗ с обязательным участием медицинских организаций. По мере развития ЦОЗ и достижения возможностей информатизации здравоохранения в виде обмена данными между различными медицинскими организациями в части информации о пациенте, возможно внедрение интегрированного подхода к оказанию медицинской помощи через внедрение функции координатора медицинской помощи у врачей-терапевтов и врачей общей практики. Необходимо отметить, что в данном случае необходимо будет предусмотреть систему поощрений для координаторов медицинской помощи.

Параллельно с реализацией ЦОЗ на национальном уровне, возможно также пилотирование в отдельных медицинских организациях, участвующих в проекте, подходов к внедрению ЦОЗ через эффективные контракты с медицинскими работниками.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Всемирная организация здравоохранения. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2000 г. – URL: http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_ru.pdf (дата обращения 20.05.2019)
2. Shrivastava D., Mueller M., Hewlett E. Better Ways to Pay for Health Care. Paris: OECD Publishing, 2016. – 165 p.
3. Mathauer I., Wittenbecher F. Hospital payment systems based on diagnosis-related groups: experiences in low- and middle-income countries // Bulletin of the World Health Organization. – 2013. – Iss. 91. – Pp. 746-756.
4. Annear P.L., Huntington D. (eds.) Case-based payment systems for hospital funding in Asia: an investigation of current status and future directions // Comparative Country Studies. – 2015. – Vol. 1. – No. 2. – Pp. 132.
5. OECD. Health at a Glance 2017: OECD Indicators. – URL: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017_health_glance-2017-en (дата обращения 14.04.2019)
6. National institute for cardiovascular outcomes research annual report 2010-2011.
7. Composite measures for surgical mortality in the hospital // Health Affairs. – Vol. 28. – No. 4. – Pp. 1189–1198.
8. Porter M. E., Teisberg E. O. Redefining health care: creating value-based competition on results. – Harvard Business Press, 2006.
9. Porter M. E. What is value in health care? // New England Journal of Medicine. – 2010. – Vol. 363. – No. 26. – Pp. 2477-2481.
10. 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.
11. 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.
12. Porter M.E., Guth C., Dannemiller E.M. The West German headache center: integrated migraine care // Harvard Business School Case. – 2007. – Pp. 707-759.
13. Enthoven A. Integrated Delivery Systems: The Cure for Fragmentation // American Journal of Managed Care. – 2009. - Vol. 12. – No. 15. – Pp. 284-290.
14. Berwick D., Nolan T., Whittington J. The Triple Aim: Care, Health and Cost // Health Affairs. – 2008. – Vol. 27. – No. 3. – Pp. 759-769.
15. Паспорт федерального проекта «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ)» (утв. протоколом заседания проектного комитета по национальному проекту «Здравоохранение» от 14 декабря 2018 года № 3)
16. Гомалеев А. О. Создание механизмов взаимодействия медицинских организаций на основе единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ) // Экономика и бизнес: теория и практика. – 2019. – Т. 6. – № 1. – С. 79-84.
17. Soderlund N., Kent J., Lawyer P., Larsson P. Progress Toward Value-Based Health Care. Lessons from 12 Countries. – URL: <https://www.bcg.com/pl-pl/publications/2012/health-care-public-sector-progress-toward-value-based-health-care.aspx> (дата обращения 10.09.2019).

18. 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. – 338 p.
19. Henkel R.J., Maryland P.A. The Risks and Rewards of Value-Based Reimbursement // *Frontiers of Health Services Management*. – 2015. – Vol. 32. – No. 2. – Pp. 3-16.
20. Российское медицинское общество по артериальной гипертензии «Артериальная гипертензия у взрослых». Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава России. – URL: <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/recomend/687> (дата обращения 20.09.2019)
21. Поликарпов А.В. и др. Сборник статистических материалов по болезням системы кровообращения. Москва, 2018. – 295 с.
22. Фомин И. В., Беленков Ю. Н., Мареев В. Ю. Распространенность хронической сердечной недостаточности в европейской части Российской Федерации – данные ЭПОХА-ХСН // *Сердечная недостаточность*. – 2003. – Т. 7. – № 1 (35). — С. 4-7.
23. Росстат. Сведения о смертности населения по причинам смерти по российской федерации за январь - декабрь 2018 года. – URL: http://gks.ru/free_doc/2018/demo/t3_3.xls (дата обращения 30.09.2019)
24. Doran T. et al. Pay-for-performance programs in family practices in the United Kingdom // *New England Journal of Medicine*. – 2006. – Vol. 355. – No. 4. – Pp. 375-384.
25. Ryan A. M., Krinsky S., Kontopantelis E., Doran T. Long-term evidence for the effect of pay-for-performance in primary care on mortality in the UK: a population study // *The Lancet*. – 2016. - Vol. 388. – No. 10041. – Pp. 268–274.

