

УДК 614.2

<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i1;42-54>

О разработке критериев эффективности внедрения ценностно-ориентированного подхода с использованием понятия качества жизни

Е.В. Смирнова

Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы, 115088, Россия, г. Москва, ул. Шарикоподшипниковская, д. 9

email автора: SmirnovaEV13@zdrav.mos.ru

Аннотация

Введение. Оценка результатов внедрения принципов ценностно-ориентированного здравоохранения напрямую зависит от набора показателей, выбранных для характеристики его эффективности. Обязательность использования в оценочных шкалах часто не совпадающих позиций всех участников процесса организации и оказания медицинской помощи является проблемой, затрудняющей уровень объективности оценки. Использование максимально отражающих конечную результативность мероприятий ценностно-ориентированного здравоохранения индикаторов качества жизни пациента и его здоровья как одного из важнейших компонентов, с одной стороны, и размеров финансовых затрат на его достижение – с другой, представляет собой оптимальный баланс субъективных и объективных характеристик эффективности. **Цель.** В настоящем исследовании предложен вариант перечня критериев результативности внедрения ценностно-ориентированного здравоохранения, а также дано обоснование их выбора. **Материалы и методы.** Применялся метод контент-анализа основных нормативных актов, регулирующих порядок организации и оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению. Поиск источников научной литературы проводился с использованием электронных баз данных научной информации.

Ключевые слова: ценностно-ориентированное здравоохранение; качество жизни; исход лечения; пациентоориентированность; анкетирование; критерии; эффективность

Для цитирования: Смирнова Е.В. О разработке критериев эффективности внедрения ценностно-ориентированного подхода с использованием понятия качества жизни. *Здоровье мегаполиса*. 2025;6(1):42–54. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i1;42-54>

УДК 614.2

<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i1;42-54>

Development of Criteria for the Effectiveness of Implementation of Value-Based Approach Using the Concept of Quality of Life

Elena V. Smirnova

Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, 9, Sharikopodshipnikovskaya ul., 115088, Moscow, Russian Federation

Author's email: SmirnovaEV13@zdrav.mos.ru

Abstract

Background. The results of the implementation of value-based healthcare principles are evaluated directly based on a set of indicators that aim to measure this effectiveness. However, the objectivity of such evaluations is often compromised due to the necessity of employing assessment scales that may reflect inconsistent perspectives among various stakeholders who organize and provide medical care. In order to optimally balance subjective and objective characteristics of effectiveness, it is crucial to incorporate the indicators of patient's quality of life and health—as one of the most important components—and the indicators of volume of financial costs to achieve good health, that fully reflect the outcomes of value-based healthcare measures.

Purpose. The study offers a possible list of criteria for evaluating the effectiveness of implementation of value-based healthcare as well as a justification for criteria selection. **Methods and materials.** A content-analysis of key regulations governing the organization and provision of primary medical care to the adult population was carried out. Electronic science databases were used to search for scientific literature.

Keywords: value-based healthcare; quality of life; treatment outcome; patient orientation; questionnaire; criteria; effectiveness

For citation: Smirnova E.V. Development of Criteria for the Effectiveness of Implementation of Value-Based Approach Using the Concept of Quality of Life. *City Healthcare*. 2025;6(1):42-54. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i1;42-54>

Введение

Являющееся трендом современного здравоохранения совершенствование его организационных форм вызвано двумя взаимосвязанными и одновременно противоречивыми тенденциями – стремлением к оптимизации финансовых расходов государства на эту важнейшую отрасль социальной жизни и задачей достижения высокого качества в предоставлении гражданам медицинских услуг.

Именно этим вызвано внедрение принципов ценностно-ориентированного здравоохранения (ЦОЗ), которое предполагает оплату медицинской помощи за достигнутый результат лечения, базируясь на принципе учета не только клинических (объективно фиксируемых) показателей эффективности, но и результатов, удовлетворяющих пациента, то есть показателей, оцениваемых с субъективной точки зрения [1]. Понятие ЦОЗ неразрывно связано с существующим не одно десятилетие внедрением принципов доказательной медицины [2–4]. Однако, несмотря на длительный опыт их использования, задачи оценки конечной результативности мероприятий, и в большей степени относительно эффективности новой концепции ЦОЗ, не решены окончательно.

Во многом данные трудности связаны с тем, что оценка результативности пациентом должна корреспондироваться, с одной стороны, с объективными характеристиками качественной медицинской помощи, то есть достижением истинного медицинского эффекта [4, 5]. С другой стороны – стоимость оказанной медицинской помощи, результативность которой подтверждена и объективными характеристиками, и пациентом, и его окружением, и обществом как социальным институтом в целом, должна быть не просто адекватна затратам, но и соответствовать самому оптимальному варианту стоимости финансирования.

Значительно возросший уровень информированности современного сообщества пользователей медицинских услуг, наличие всевозможных, в том числе дистанционных, источников обратной связи медицинских работников с пациентами на различных этапах лечения делают получение информации от пациента о результативности оказания ему медицинской помощи не только доступной, но и обязательной опцией при рассмотрении оценочных показателей эффективности ЦОЗ.

Таким образом, пациент априори может выступать не только как конечный потребитель меди-

цинских услуг, но и как, в определенной степени, начальное звено при формировании спектра задач в ходе оказания медицинской помощи.

В связи с этим при проведении анализа литературы и нормативных документов рассматривалась возможность использования результатов оценки качества жизни (КЖ, QALY) как одного из критериев эффективности внедрения ЦОЗ [6].

Качество жизни как критерий оценки эффективности лечения тесно связано с понятием исходов, сообщаемых пациентами (PRO, patient-reported outcomes), – любыми сообщениями, поступающими непосредственно от пациентов, о состоянии здоровья и проводимом лечении, включая симптомы, функциональное состояние, качество жизни, связанное со здоровьем, удовлетворенность лечением, предпочтения и приверженность лечению, без интерпретации реакции пациента врачом или кем либо еще [7].

Самооценка со стороны пациентов является одним из простейших методов оценки КЖ, но при этом экспериментально доказанным критерием эффективности лечения [8–10]. Отдавая должное важности для индивидуума его личных характеристик своего самочувствия, стоит подходить к последним в меру осторожно [11].

Количественная оценка качества жизни осуществляется с помощью баллов, определяемых по общим и специализированным опросникам, учитывающим так называемые «добавленные годы жизни с поправкой на качество», или «сохраненные годы качественной жизни» (показатели QALY quality-adjusted life-years – буквально «годы качественной жизни»), или показатели полезности качества жизни (utility) [12–17].

Обязательным условием для наиболее релевантного использования QALY является наличие популяционных норм показателей качества жизни, используемых для оценки технологий здравоохранения с помощью стандартизированной методики расчета [7, 12, 17].

Мероприятия по их разработке в Российской Федерации были запланированы, поскольку оценка экономической эффективности с помощью QALY была ранее включена в утвержденные на официальном уровне документы^{1, 2}, но не реализованы на практике.

Стоит отметить, что Россия имеет десятилетний положительный опыт применения на практике показателя QALY [18]. Существует также ряд нозологий, причем из числа жизненно важных, таких как некоторые формы сердечно-сосудистой

¹ «ГОСТ Р 57525-2017. Национальный стандарт Российской Федерации. Клинико-экономические исследования. Общие требования» (утв. и введен в действие Приказом Росстандарта от 06.07.2017 № 655-ст). URL: <https://docs.cntd.ru/document/1200146142> (дата обращения: 18.12.2024).

² Распоряжение от 24.12.2012 №2511-р «Об утверждении государственной программы «Развитие здравоохранения». URL: <http://government.ru/docs/3348/> (дата обращения: 18.12.2024).

патологии, для которых доказана конкретная финансовая выгода, рассчитанная в рамках данной оценки [19].

Однако именно отсутствие закрепленных нормативно стандартов, согласно данным Центра экспертизы и контроля качества медицинской помощи Минздрава России (ЦЭККМП), затрудняет использовать QALY в России, т. к. единственный применяемый в настоящее время критерий эффективности лечения – годы сохраненной жизни, не дает полного спектра оценки эффективности медицинских технологий и лекарственных средств для пациентов [20].

Тем не менее в случае использования показателя QALY на основе данных стандартизированной оценки исходов лечения пациентов – PRO – он, хотя и обладает рядом ограничений, на сегодняшний день способен выступить в качестве единственной модели, позволяющей:

- использовать государственные средства на финансирование наиболее результативных для пациента методик лечения;

- осуществлять разработку стандартов и порядков оказания медицинской помощи на основе сравнительных характеристик внутри одной группы лекарственных средств или технологий оказания медицинской помощи;

- потенциально оценивать результаты организационных мероприятий и медицинских практик, осуществленных в рамках ЦОЗ, причем как в конкретной МО, так и по региону в целом [20–23].

В настоящей работе рассмотрены некоторые проблемы использования понятия «годы качественной жизни» в действующих реалиях, а также предложены возможные шаги, их корректирующие и частично компенсирующие отсутствие всех надлежащих условий применения QALY в Российской Федерации при оценке эффективности системы ЦОЗ.

Материалы и методы

В исследовании применен метод контент-анализа основных нормативных актов, регулирующих порядок организации и оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, включая показатели ее эффективности, и литературных источников по предмету исследования.

Поиск источников научной литературы проводился с использованием электронных баз данных научной информации (в т. ч. российского информационно-аналитического портала eLIBRARY.RU, научной электронной библиотеки «КиберЛенинка», базы данных по законодательству ГАРАНТ).

В запросах применялись следующие термины: качество жизни, исход лечения, анкетирование, удовлетворенность, ценностно-ориентированное здравоохранение, пациентоориентированность.

Результаты и обсуждение

Результативность мероприятий ЦОЗ будет напрямую зависеть от достигнутого при их внедрении эффекта и степени данной эффективности, оцененной как с объективной, так и субъективной сторон.

Безусловно, роль такого показателя, как годы качественной жизни, чрезвычайно важна для оценки результативности мероприятий, направленных именно на «ценность» жизни, то есть мероприятий, осуществляемых под эгидой ЦОЗ. Отсутствие национальных популяционных норм качества жизни в этом случае может быть частично компенсировано данными по результативности стандартных показателей, используемых для оценки эффективности работы медицинской организации (МО) или отдельного врача (динамика заболеваемости, активность диспансерной работы и проч. согласно действующей нормативной базе)^{3, 4}.

Учитывая, что концепция ЦОЗ, основной целью которой является улучшение показателей здоровья населения наряду с эффективным расходованием денежных средств, предполагает проведение оценки деятельности медицинских организаций с целью дальнейшего планирования их финансирования в зависимости от «успешности», включение показателей, характеризующих деятельность МО, в перечень критериев эффективности внедрения ЦОЗ полностью обосновано [21].

Актуальность внедрения ЦОЗ, учитывающего конечный результат, в систему здравоохранения Российской Федерации для МО, предоставляющих помощь по обязательному медицинскому страхованию (ОМС), обусловлена также и существующим порядком ее оплаты по результатам

³ «Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.03.2022. № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми». URL: <https://base.garant.ru/404523658/> (дата обращения: 19.12.2024).

⁴ Постановление Правительства Российской Федерации от 27.11.2010 № 946 «Об организации в Российской Федерации системы федеральных статистических наблюдений по социально-демографическим проблемам и мониторинга экономических потерь от смертности, заболеваемости и инвалидизации населения» (с изменениями и дополнениями 22.08.2024) URL: <https://base.garant.ru/55170039/> (дата обращения: 19.12.2024).

контроля, осуществляемого страховыми медицинскими организациями (СМО) и территориальными фондами ОМС.

Так, согласно действующим нормам, закрепленным законодательно, тотальным является только медико-экономический контроль предоставляемых счетов, в ходе которого можно выявить в основном технические ошибки, но не оценить результативность медицинской помощи для пациента, и, тем более, ее отдаленные последствия. На последующих этапах экспертиз проверяется лишь часть случаев оказания помощи, причем в большей степени на основании лишь характера оформленной первичной медицинской документации, общение с пациентом регламентировано в обязательном случае только при проведении очной экспертизы качества медицинской помощи⁵.

При этом достижение результата лечения, значимого для пациента, влияет на размер оплаты еще в меньшей степени. Корректировать ее в сторону снижения может только обнаружение явных дефектов, выявленных в ходе контроля со стороны ТФОМС и СМО, по результатам которых к МО применяются санкции, причем перечень дефектуры строго ограничен законодательством и подзаконными актами⁶.

Таким образом, при определении круга показателей, способных выступать в качестве критериев эффективности внедрения ЦОЗ, целесообразно рассматривать различные группы характеристик, отражающих деятельность и оценку – как объекта получения медицинской помощи, так и субъекта ее организации и предоставления.

Так, анализ технологий оценки качества жизни пациентов и измерения исходов предоставления медицинской помощи позволил определить роль показателя качества жизни (quality of life) при внедрении ЦОЗ [9, 24].

Учитывая существенную роль качества работы врача в формировании результатов внедрения ЦОЗ в МО в целом, результаты данного труда должны в обязательном порядке быть включены в перечень критериев оценки эффективности ЦОЗ [25].

В целом, рассмотрев материалы по тематике исследования, представленные в литературных источниках и действующих нормативно-правовых документах, можно предложить в качестве критериев эффективности внедрения ЦОЗ их набор, включающий три условные группы оценочных подходов, базирующиеся на позициях:

- пациента (1-я группа),
- врача (2-я группа),
- организатора здравоохранения (3-я группа).

Условность деления предполагает, что один и тот же критерий может отражать позицию двух и более сторон, следовательно, теоретически может быть отнесен к нескольким группам.

В качестве критериев предлагаются показатели, характеризующиеся различной степенью объективности со стороны каждой из условно выделенных трех групп.

Наиболее яркий пример тому – опросники, заполняемые пациентом, когда субъективная позиция пациента, связанная с его личными характеристиками, является единственным мерилom. Однако грамотный подход к выбору опросника для конкретной выборки пациентов или даже конкретного индивидуума, построенный на высокопрофессиональной оценке тех или иных особенностей контингента со стороны организаторов, в значительной мере способен скорректировать неизбежный субъективизм. При этом целесообразно использовать только стандартизованные опросники, подтвердившие достоверность своих результатов.

В несколько меньшей мере это относится и к результатам использования опросника «Оценка работы врача на основе обратной связи из нескольких источников», отражающим определенную субъективность со стороны различных представителей врачебного сообщества.

Степень объективности данных результатов также не абсолютна в отличие от, например, регистрируемых на ЭКГ позитивных динамических наблюдений или показателей иных инструментальных исследований, но односторонней такую оценку невозможно назвать, именно потому, что уже собственно название метода оценки – «обратная связь из нескольких источников» – говорит о минимизации влияния человеческого фактора в данном случае.

В связи с этим в таблицу включена предполагаемая точность результативности использования предложенного критерия оценки. Обоснование присвоения той или иной ее степени, а также разъяснение по использованию тех или иных критериев в качестве рекомендуемых для оценки результатов ЦОЗ даны ниже.

Кроме того, таблица дополнена сведениями о перспективах возможности использования потенциального критерия на настоящий момент: до-

⁵ Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». URL: <https://docs.cntd.ru/document/902312609> (дата обращения: 19.12.2024).

⁶ Приказ Минздрава России от 19.03.2021 № 231н (ред. от 21.02.2022) «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения» URL: <https://base.garant.ru/400761901/> (дата обращения: 19.12.2024).

Таблица 1 – Примерный набор критериев результативности внедрения ЦОЗ
Table 1 – Exemplary set of criteria for the effectiveness of VBH implementation

№	Критерий результативности внедрения ЦОЗ	Группа оценочного подхода	Источник	Потенциальная точность критерия	
1.	Позитивная динамика показателей, характеризующих исходы лечения	2	Федеральные формы статистической отчетности. Данные первичной медицинской документации, фиксирующие объективные показатели здоровья пациента, подтверждаемые лабораторно-диагностическими исследованиями	Средняя	
2.	PRO	1	Опросники, заполняемые пациентом	Средняя	
3.	QALY	1, 3	Оптимален при закреплении на уровне НПА популяционных норм показателей качества жизни	Высокая	/средняя
4.	Показатели здоровья населения (согласно НПА)	2, 3	Данные медицинской статистики	Высокая	
5.	Соблюдение стандартных операционных процедур (СОП, SOP)	2, 3	Данные внутреннего контроля	Средняя	
6.	Удовлетворенность врача своим трудом	2	Анкетирование	Средняя	
7.	Оценка работы врача на основе обратной связи из нескольких источников (Multi-source feedback – MSF)	1,2	Анкеты MSF: требуется разработка и валидация для конкретной МО и специальности врача	Высокая	
8.	Отсутствие (снижение числа) выявленных нарушений при контроле (дефектуры)	1, 2, 3	Акты внутреннего контроля в медицинской организации, данные территориальных фондов ОМС	Высокая	
9.	Снижение суммы штрафных санкций по результатам контроля	2, 3	Акты внутреннего контроля в медицинской организации, данные федеральных статистических форм, данные территориальных фондов ОМС	Невысокая	
10.	Снижение финансовых затрат на стационарную МП и СП	3	Федеральные формы статистической отчетности на предмет исполнения ТППГ	Средняя	
11.	Достижение целевых значений критериев качества и доступности согласно ТППГ	1, 2, 3	Требует дополнения, т. к. ФСН №62 не содержит сведений по МО об исполнении целевых показателей ТППГ	Высокая	

Составлено автором
 Compiled by the author

ступность на основе имеющихся статистических данных или только после разработки дополнительного инструментария (графа «Источник»).

Критерий, включенный в предлагаемый перечень под №1, – «Позитивная динамика показателей, характеризующих исходы лечения» – можно считать одним из наиболее отражающих сущность всей концепции ЦОЗ, так как он характери-

зует объективно фиксируемую результативность оказания медицинской помощи в условиях ЦОЗ (показатели здоровья пациента, подтверждаемые лабораторно-диагностическими исследованиями). Критерий требует проведения мониторинга и сравнительной оценки в рамках нозологий (аналогичные случаи до введения ЦОЗ и после проведенных мероприятий).

При этом он отнесен к критериям потенциально средней степени точности только потому, что не является безусловным следствием эффективности или неэффективности мероприятий ЦОЗ, а существенно зависит от многих субъективных факторов, например начального статуса заболевания. Так, трудно представить, что лечение человека, поступившего с запущенной – по его собственной вине – формой заболевания, или из числа неблагополучного контингента, не исполняющего указания врача, будет иметь однозначно высокую степень благоприятного исхода.

То есть приверженность лечению у каждого конкретного пациента и его индивидуальные особенности способны существенно изменять конечное значение данного показателя. Однако, если учитывать совокупные показатели по всему прикрепленному населению в случае МО, предоставляющей помощь в амбулаторных условиях, или общему числу пациентов круглосуточного и/или дневного стационара, использование данного показателя в качестве критерия эффективности мероприятий ЦОЗ вполне оправдано.

Безусловно, положительная динамика показателей здоровья населения, предусмотренных в качестве таковых в действующих нормативных правовых актах (снижение смертности, заболеваемости, инвалидизации и проч.) (в таблице – Критерий №4), является абсолютно достоверным критерием истинно «ценностного» здравоохранения, так как отражает своеобразный совокупный итог деятельности отдельных МО и системы здравоохранения в целом⁴.

Кроме того, в данном пункте могут быть рассмотрены и показатели результативности МО, финансируемых по подушевому принципу, положительная динамика которых также будет косвенно свидетельствовать об эффективности ЦОЗ⁷. В связи с этим присвоение данной группе показателей статуса потенциально высокой точности представляется достаточно обоснованным.

Средняя степень потенциальной точности, присвоенная критериям 5 и 6 – «Соблюдение стандартных операционных процедур» и «Удовлетворенность врача своим трудом», соответственно обусловлена различными причинами. Если в первом случае это связано с определенной формализацией критерия, не отражающей в полной мере влияние на столь значимую в ЦОЗ «ценность» (в случае, когда стандарты соблюдены, а результатов в успехе лечения не выявлено),

то во втором – аналогично анкетированию пациентов – с повышенной субъективностью показателя и значительной его зависимостью от так называемого «человеческого фактора». При этом оба критерия могут при их соответствующем мониторинге значительно способствовать оптимизации работы внутри МО и быть основанием для принятия каких-либо организационных решений, в том числе корректировки мероприятий в рамках ЦОЗ.

Критерий № 9 «Снижение суммы штрафных санкций по результатам контроля» достаточно важен с позиции эффективности ЦОЗ и при ее оценке на уровне отдельной МО, и для регионального органа управления здравоохранением в целом, поскольку отражает динамику процесса организации оказания медицинской помощи и практической реализации принципа ЦОЗ. Присвоение данному критерию потенциально невысокой степени точности в первую очередь обусловлено наличием в Перечне оснований для отказов в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) ряда нарушений, не столь существенно затратных для МО, но негативно оцениваемых пациентом, и наоборот. Например, нарушение условий оказания медицинской помощи, связанное с невыполнением сроков ожидания медицинской помощи, согласно действующему законодательству предусматривает коэффициент штрафа 0,3, а не включение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым оно положено по результатам проведения профилактических мероприятий, более чем в три раза высокую санкцию – штраф 1,0⁸.

Безусловно, данный дефект, выявляемый в рамках медико-экономического контроля, говорит о недостатках в организации деятельности врача и МО в целом, но для исхода лечения конкретного пациента в момент его острого состояния и его дальнейшего качества жизни менее значим, чем ожидание приема врача или проведения исследований, способных оказать решающую роль в постановке диагноза и, соответственно, назначения адекватной терапии.

Кроме того, существует ряд нарушений, являющихся источником финансовых санкций к МО, но не влияющих на качество жизни пациента и его здоровья, например нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, характеризующие или достаточно формальные недостатки в деятельности МО, или чисто технические ошибки. И напротив,

⁷ Приказ Минздрава России от 10.02.2023 № 44н (ред. от 14.02.2024) «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/406738207/> (дата обращения: 29.10.2024).

⁸ Приказ Минздрава России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования (с изменениями и дополнениями). URL: <https://base.garant.ru/72243038/> (дата обращения: 17.09.2024).

дефекты, связанные с этическими нарушениями, значимые для пациента и представляющие особую важность в условиях ЦОЗ, в настоящее время отсутствуют в Перечне оснований⁵.

Следует отметить, что в целом упомянутый Перечень оснований и, в еще большей степени, непосредственно связанные с ним значения коэффициентов, определяющие размеры неоплаты или штрафа, недостаточно отвечают задаче оценки результативности ЦОЗ, так как ориентированы в большей степени на регулирование второй компоненты ЦОЗ – финансовой, то есть стоимости медицинской помощи. Несоответствие же интересам отдельного пациента, как следует в том числе из приведенного выше примера, оценивается не всегда адекватно, то есть их ценность можно считать заниженной.

При этом выбор критерия № 8 «Отсутствие (снижение) числа выявленных в ходе контроля со стороны СМО и ТФОМС нарушений» обусловлен тем, что снижение числа «дефектных» случаев оказания медицинской помощи в МО рисует в целом положительный образ мероприятий ЦОЗ и говорит об их эффективности. Разумеется, речь может идти только в случае значимых изменений, причем ожидаемая степень снижения, которая будет являться критерием результативности, может быть установлена на уровне НПА, утверждаемого органом власти субъекта Российской Федерации.

Недостатком данного критерия можно считать отсутствие в ряде случаев в заполняемых на практике формах федерального статистического наблюдения № 62 «Сведения о ресурсном обеспечении и оказании медицинской помощи населению» (ФСН № 62) данных о размере санкций примененных к МО в отчетном периоде, хотя подобная опция предусмотрена соответствующим приказом⁹.

Кроме того, даже в случае отображения в ФСН №62 общей суммы санкций, ни количество дефектов, ни их конкретизация будут неизвестны. Таким образом, получить полную информацию на настоящем этапе возможно только в случае конкретных обращений в МО, СМО или ТФОМС, что затрудняет централизованную обработку данных и, соответственно, снижает доступность данного потенциально высокоточного критерия эффективности ЦОЗ.

Критерий № 10 «Снижение финансовых затрат на стационарную медицинскую помощь и оказание скорой и неотложной помощи» неприменим при оценке эффективности ЦОЗ на уровне одной медицинской организации, но является существенным критерием оценки результативности внедрения ЦОЗ на региональном уровне, особенно важном для органов управления здравоохранением субъекта Российской Федерации. Именно поэтому данный показатель ранжирован сугубо для группы 3. Использование результатов по данному критерию может быть эффективным при планировании финансовых средств системы здравоохранения и разработке ТПГТ на планируемые периоды.

Для оценки согласно критерию № 11 целесообразно проведение анализа основных медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности и смертности среди взрослых и детей, проживающих на территории обслуживания и (или) прикрепленных на обслуживание, являющегося неотъемлемой функцией каждой МО, осуществляющей ПМСП населению согласно действующему законодательству^{10, 11, 12, 13}.

Отсутствие в ФСН № 62 отдельных показателей по каждой медицинской организации (согласно утвердившего его нормативного документа¹¹ предусмотрены только показатели для оценки субъекта Российской Федерации в целом) требует обращения к внутренней документации МО, что, безусловно, затрудняет проведение сравнительной оценки результативности ЦОЗ при необходимости проведения сквозного рейтингования МО.

Заключение

Таким образом, можно говорить о том, что критерий «сохраненные годы качественной жизни» оптимальный для оценки уровня ценностно-ориентированных мероприятий в условиях современных реалий НПА в Российской Федерации – отсутствия утвержденных в установленном порядке нормативов (популяционных норм) – и в значительной степени может быть компенси-

⁹ Приказ Росстата от 07.10.2024 № 453 «Об утверждении формы федерального статистического наблюдения с указаниями по ее заполнению для организаций Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья». URL: <https://base.garant.ru/410511645/> (дата обращения: 29.10.2024).

¹⁰ Приказ Минздрава России от 07.03.2018 № 92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям» (Зарегистрировано в Минюсте России 17.04.2018 № 50801) URL: <https://base.garant.ru/71925984/> (дата обращения: 25.09.2024).

¹¹ Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 923н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «терапия» (Зарегистрировано в Минюсте России 29.12.2012 № 26482) URL: <https://base.garant.ru/70299176/> (дата обращения: 19.12.2024).

¹² Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н (ред. от 27.03.2019) «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (Зарегистрировано в Минюсте России 27.06.2012 № 24726) URL: <https://base.garant.ru/70195856/> (дата обращения: 18.12.2024).

¹³ Приказ Минздрава России от 14.01.2022 № 11н «О внесении изменений в Требования к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2020 № 1397н» URL: <https://docs.cntd.ru/document/727906426> (дата обращения: 19.12.2024).

рован за счет характеристик, оцениваемых иными предложенными критериями оценки.

Выделить наиболее значимый и абсолютно достоверный показатель эффективности мероприятий, проведенных в рамках ЦОЗ, как в отдельно взятой медицинской организации, так и в региональной системе здравоохранения в целом, не представляется возможным.

Более того, проведенный анализ позволяет сделать вывод о том, что единого уникального идентификатора эффективности, то есть результативности внедрения ЦОЗ, не может быть, и основная проблема заключается в выборе наиболее адекватного набора критериев.

Кроме того, всегда есть и будут различные объективные факторы, влияющие в ту или иную сторону на любые показатели, которые потенциально войдут в чек-лист или перечень критериев. Например, резкий подъем сезонной заболеваемости или существенное изменение возрастного состава прикрепленного населения могут влиять на показатели здоровья населения, оцениваемые критерием № 4.

Таким образом, только комплексная оценка, учитывающая позиции всех сторон и участников процесса предоставления медицинской помощи и практической реализации принципов ЦОЗ, позволит в значительной степени нивелировать влияние этих факторов и в результате сформировать оценку, максимально приближенную к объективной.

Следует отметить, что построение эталонной версии критериев эффективности, единых для МО различного типа и организационной формы при оценке внедренных в их деятельность мероприятий ЦОЗ, возможно только по ограниченному кругу показателей.

Предлагаемый перечень критериев является компиляторной версией, построенной, в том числе, на основе показателей, предусмотренных действующими НПА, включая потенциальные, которые целесообразны для оценки результативности ЦОЗ.

Основными принципами и условиями использования показателей эффективности внедрения ЦОЗ можно считать следующие.

1. Результативность внедрения ЦОЗ должна базироваться на многофакторной оценке исходов лечения, учитывающей как объективные показатели, характеризующие динамику здоровья пациента, то есть подтвержденные лабораторно-диагностическими исследованиями, так и субъективные данные, поступающие от пациента и измеряемые с помощью специальных шкал, тестов и опросников.

2. Критерий эффективности лечения – годы сохраненной качественной жизни (QALY) в существующих реалиях (отсутствие утвержденных

национальных стандартов) не дает полного спектра оценки при сравнении медицинских технологий и лекарственных средств, но в целом вполне достоверно отражает результативность внедрения ЦОЗ.

3. Необходима разработка единой системы оценки стоимости года возвращенной качественной жизни, закреплённая на уровне НПА.

4. Закрепление на уровне НПА перечня критериев, демонстрирующих прямо или косвенно степень результативности внедрения ЦОЗ, требует сквозной синхронизации при оценке эффективности с позиций: пациента, врача, органа управления здравоохранением (организатора).

При этом интенсификация всех показателей деятельности врача при внедрении ЦОЗ будет свидетельствовать об эффективности его внедрения на основе реальных результатов повышения уровня жизни и здоровья пациентов.

5. В качестве первичного маркера результативности мероприятий ЦОЗ для медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц, может выступать положительная динамика показателей результативности деятельности медицинской организации, включаемых согласно федеральному законодательству в Тарифное соглашение, заключаемое субъектами и участниками предоставления медицинской помощи.

6. В перспективе вариантом оценки эффективности внедрения ЦОЗ является разработка чек-листа, аккумулирующего ряд показателей, в том числе отражающих позиции, предложенные в качестве критериев в настоящем исследовании.

Оптимальным данный вариант можно считать после его утверждения в установленном порядке нормативным правовым актом – на федеральном или региональном уровне.

Список литературы

1. Мусина Н.З., Омеляновский В.В., Гостищев Р.В., Сухоруких О.А., Федяева В.К., Сисигина Н.Н., Щурови 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>
2. Зуенкова Ю.А. Ценностно-ориентированный подход: анализ руководства Европейского института инноваций и технологий. *Медицинские технологии. Оценка и выбор*. 2021;43(1):28-35. <https://doi.org/10.17116/medtech20214301128>
3. Гуца А.О., Юсупова А.Р. Оценка исходов хирургического лечения дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника. *Хирургия позвоночника*. 2017;14(4):85-94. <https://doi.org/10.14531/ss2017.4.85-94>
4. Леонова М.В. Оценка исходов пациентами в клинических исследованиях. *Качественная клиническая практика*. 2016;2:38-45.
5. Шляхто Е.В., Конради А.О. Медицина, основанная на ценности, — новая парадигма в здравоохранении. *Ремедиум Приволжье*. 2018;3(163):4-8.
6. Мухина С.М., Орлова Е.В. Исходы, сообщаемые пациентами: обзор направлений применения. *Реальная клиническая практика: данные и доказательства*. 2022;2(2):1-7.
7. Лобанов Ю.Ф., Скударнов Е.В., Строзенко Л.А. и др. Качество жизни как проблема в здравоохранении: современные тенденции. *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. 2018;5(1):235-239.
8. Полозова Э.И., Трохина И.Е. Качество жизни как критерий оценки эффективности лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в условиях коморбидной патологии. *Здоровье и образование в XXI веке*. 2019;21(2):38-42. <https://doi.org/10.26787/nydha-2226-7425-2019-21-2-38-42>
9. Шихметов А.Н., Лебедев Н.Н. Качество жизни как современный интегральный критерий оценки эффективности хирургического лечения больных грыжами передней брюшной стенки в стационарозамещающих условиях. *Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова*. 2019;14(1):72-76. <https://doi.org/10.25881/BPNMSC.2019.49.27.015>
10. Новоселецкая А.И. Оценка показателей качества жизни как критерий эффективности лечения больных экземой. *Журнал Гродненского государственного медицинского университета*. 2010;2(30):165-167.
11. Лазарева Е.Ю. Качество жизни, связанное со здоровьем, у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. *Вестник психиатрии и психологии Чувашии*. 2016;12(2):54-64.
12. Аухадеев Э.И. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, рекомендованная ВОЗ, — новый этап в развитии реабилитологии. *Казанский медицинский журнал*. 2007;88(1):5-9.
13. Chapman J.R., Norvell D.C., Hermsmeyer J.T., Bransford R.J., DeVine J., McGirt M.J., Lee M.J. Evaluating common outcomes for measuring treatment success for chronic low back pain. *Spine*. 2011;36(21 Suppl):54-68. <https://doi.org/10.1097/BRS.0b013e31822ef74d>
14. Намазова-Баранова Л.С., Вишнева Е.А., Добрынина Е.А., Винярская И.В., Алексеева А.А., Черников В.В., Селимзянова Л.Р. Оценка качества жизни с помощью вопросника Health Utilities Index у детей с бронхиальной астмой тяжелого персистирующего течения на фоне лечения омализумабом. *Педиатрическая фармакология*. 2017;14(5):356-365. <https://doi.org/10.15690/pf.v14i5.1783>
15. Подкаменный В.А., Лиханди Д.И., Гордеенок С.Ф., и др. Использование опросника MOS SF-36 для оценки качества жизни пациентов с ишемической болезнью сердца после операций коронарного шунтирования без искусственного кровообращения. *Сибирский медицинский журнал (Иркутск)*. 2010;97(6):227-229.

16. Дзуева С.С., Ахубекова З.А., Жамборова Ф.А., Арамисова Р.М. Оценка качества жизни при сердечно-сосудистых заболеваниях. *Трудный пациент*. 2018;16(10):6-9. <https://doi.org/10.24411/2074-1995-2018-10013>
17. Ягудина Р.И., Куликов А.Ю., Литвиненко М.М. QALY: история, методология и будущее метода. *Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология*. 2010;3(1):7-11.
18. В России собираются внедрить критерий оценки эффективности лечения QALY. *Медвестник*. 2021. URL: <https://medvestnik.ru/content/news/V-Rossii-sobirautsya-vnedrit-kriterii-ocenki-effektivnosti-lecheniya-QALY.html>. Дата обращения: 19.09.2024.
19. Калинина А.М., Концевая А.В., Деев А.Д. Долгосрочная экономическая эффективность программы многофакторной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в первичной медико-санитарной помощи. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2013;12(1):60-66. <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2013-1-60-66>
20. Мусина Н.З., Федяева В.К. Методы расчета QALY как интегрального показателя эффективности в процессе комплексной оценки лекарственных препаратов. *Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология*. 2017;10(1):66-71. <https://doi.org/10.17749/2070-4909.2017.10.1.066-071>
21. Иванова А.А., Завалева Е.В., Владзимирский А.В., и др. Электронный бэнчмаркинг как инструмент в оценке эффективности деятельности медицинских организаций. *Российский журнал телемедицины и электронного здравоохранения*. 2022;8(2):42-49. <https://doi.org/10.29188/2712-9217-2022-8-2-42-49>
22. Абдуллаев М.А., Кантемирова Б.И., Чернышева Е.Н., Романова А.Н. Анализ «затраты-полезность» персонализированной антиагрегантной терапии. *Прикаспийский вестник медицины и фармации*. 2023;4(1):17-26.
23. Бессонова Т.О., Горкавенко Ф.В., Щуров Д.Г. и др. Клинико-экономический анализ и оценка влияния на бюджет применения имплантируемых кардиовертеров-дефибрилляторов в Российской Федерации. *Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология*. 2022;15(1):5-22. <https://doi.org/10.17749/2070-4909/farmakoekonomika.2022.130>
24. Смирнова Е.В. Об основных подходах к оценке исходов предоставления медицинской помощи. В: Труды Научно-исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента. Москва: НИИОЗММ; 2024:211-222.
25. Палевская С.А., Веретенникова Н.А., Блащенко М.К. Современные подходы к формированию критериев оценки профессиональной деятельности врача. *Бюллетень ННИИОЗ им. Н.А. Семашко*. 2019;2:62-69. <https://doi.org/10.25742/NRIPH.2019.02.009>

References

1. 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. Modern Pharmacoeconomics and Pharmacoepidemiology*. 2020;13(4):438-451. <https://doi.org/10.17749/2070-4909/farmakoekonomika.2020.042> (In Russ.)
2. Zuenkova YuA. Value-based healthcare: analysis of European Institute of innovation and technology health guidelines. *Medical Technologies. Assessment and Choice*. 2021;43(1):28-35. <https://doi.org/10.17116/medtech20214301128> (In Russ.)
3. Gushcha A.O., Yusupova A.R. Evaluation of outcomes of surgical treatment for degenerative diseases of the spine. *Russian Journal of Spine Surgery*. 2017;14(4):85-94. <https://doi.org/10.14531/ss2017.4.85-94> (In Russ.)
4. Leonova M.V. Patient-reported outcomes in clinical studies. *Kachestvennaya Klinicheskaya Praktika*. 2016;2:38-45. (In Russ.)
5. Shlyakhto E.V., Konradi A.O. Value-based medicine as a new paradigm in healthcare. *Remedium Privolzhye*. 2018;3(163):4-8. (In Russ.)

6. Mukhina S.M., Orlova E.V. Patient-reported outcomes: an overview of applications. *Real-World Data & Evidence*. 2022;2(2):1-7. (In Russ.)
7. Lobanov Yu.F., Skydarnov E.V., Strozenko L.A., Prokudina M.P., Karakasekova M.K., Pechkina K.G. Quality of life as a problem in health care: current trends. *International Journal of Applied and Fundamental Research*. 2018;5(1):235-239. (In Russ.)
8. Polozova E.I., Trokhina I.E. Quality of life as criterion of efficiency of treatment of peptic ulcer of the duodenum in conditions comorbid pathology. *Health and Education Millennium*. 2019;21(2):38-42. <https://doi.org/10.26787/nydha-2226-7425-2019-21-2> (In Russ.)
9. Shikhmetov A.N., Lebedev N.N. Quality of life as a modern integral criterion for evaluating the effectiveness of surgical treatment of patients with hernias of the anterior abdominal wall in outpatient department. *Bulletin of Pirogov National Medical & Surgical Center*. 2019;14(1):72-76. <https://doi.org/10.25881/BPNMSC.2019.49.27.015> (In Russ.)
10. Novoseletskaya A.I. Assessment of quality of life scores as criterion of treatment efficiency in patients with eczema. *Journal of the Grodno State Medical University*. 2010;2(30):165-167. (In Russ.)
11. Lazareva E.Yu. Health-related quality of life in cardiovascular patients. *The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology*. 2016;12(2):54-64. (In Russ.)
12. Aukhadiev E.I. International classification of functioning, disability and health recommended by WHO – a new stage in the development of rehabilitology. *Kazan Medical Journal*. 2007;88(1):5-9. (In Russ.)
13. Chapman J.R., Norvell D.C., Hermsmeyer J.T., Bransford R.J., DeVine J., McGirt M.J., Lee M.J. Evaluating common outcomes for measuring treatment success for chronic low back pain. *Spine*. 2011;36(21 Suppl):54-68. <https://doi.org/10.1097/BRS.0b013e31822ef74d>
14. Namazova-Baranova L.S., Vishneva E.A., Dobrynina E.A., Vinyarskaya I.V., Alexeeva A.A., Chernikov V.V., Selimzianova L.R. Assessing the quality of life using the Health Utilities Index questionnaire in children with severe persistent asthma during the treatment with omalizumab. *Pediatricheskaya farmakologiya*. 2017;14(5):356-365. <https://doi.org/10.15690/pf.v14i5.1783> (In Russ.)
15. Podkmenniy V.A., Likhandi D.I., Gordeienok S.F., et al. Life quality evaluation after off-pump coronary artery bypass surgery using SF-36. *Siberian Scientific Medical Journal*. 2010;97(6):227-229. (In Russ.)
16. Aramisova R.M., Kambachokova Z.A., Dzueva S.S., Ahkubekova Z.A., Zhamborova F.A. Evaluation of quality of life in patients with cardiovascular diseases. *J Trudnyj Patsient*. 2018;16(10):6-9. <https://doi.org/10.24411/2074-1995-2018-10013> (In Russ.)
17. Yagudina R.I. QALY: history, methodology and prospects. *FARMAKOEKONOMIKA. Modern Pharmacoeconomics and Pharmacoepidemiology*. 2010;3(1):7-11. (In Russ.)
18. Russia plans to implement QALY as a criterion for the effectiveness of treatment. *Medvestnik*. 2021 Mar 18. Available from: <https://medvestnik.ru/content/news/V-Rossii-sobirautsya-vnedrit-kriterii-ocenki-effektivnosti-lecheniya-QALY.html>. Accessed September 19, 2024. (In Russ.)
19. Kalinina A.M., Kontsevaya A.V., Deev A.D. Long-term economic effectiveness of the multifactorial cardiovascular prevention programme in the context of primary health care. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2013;12(1):60-66. <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2013-1-60-66> (In Russ.)
20. Musina N.Z., Fedyaeva V.K. The use of QALY as an integral measure of effectiveness in the evaluation of medical technologies. *FARMAKOEKONOMIKA. Modern Pharmacoeconomics and Pharmacoepidemiology*. 2017;10(1):66-71. <https://doi.org/10.17749/2070-4909.2017.10.1.066-071> (In Russ.)
21. Ivanova A.A., Zavaleva E.V., Vladzimirskyy A.V., et al. Electronic benchmarking as a tool for assessing the performance of medical organizations. *Russian Journal of Telemedicine and E-Health*. 2022;8(2):42-49. <https://doi.org/10.29188/2712-9217-2022-8-2-42-49> (In Russ.)
22. Abdullaev M.A., Kantemirova B.I., Chernysheva E.N., Romanova A.N. Cost-utility analysis of personalized antiplatelet therapy. *Caspian Journal of Medicine and Pharmacy*. 2023;4(1):17-26. (In Russ.)

23. Bessonova T.O., Gorkavenko F.V., Shchurov D.G., et al. Cost-effectiveness and budget impact analyses of using implantable cardioverter-defibrillators in the Russian Federation. *FARMAKOEKONOMIKA. Modern Pharmacoeconomics and Pharmacoepidemiology*. 2022;15(1):5-22. <https://doi.org/10.17749/2070-4909/farmakoekonomika.2022.130> (In Russ.)
24. Smirnova E.V. Key approaches to evaluating the outcomes of medical care delivery. In: Scientific Papers of the Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management: Collection of Scientific Papers. Moscow: The Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management; 2024. p. 211-222. (In Russ.)
25. Palevskaya S.A., Veretennikova N.A., Blashentsev M.K. Modern approaches to the formation of criteria for assessment of the professional activities of a doctor. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2019;2:62-69. <https://doi.org/10.25742/NRI PH.2019.02.009> (In Russ.)

Информация о статье

Конфликт интересов: автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: исследование проводилось без спонсорской поддержки.

Сведения об авторе

Смирнова Елена Викторовна – старший научный сотрудник ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», <https://orcid.org/0000-0001-7637-6352>

Автор прочитал и одобрил окончательный вариант рукописи.

Для корреспонденции

Смирнова Елена Викторовна
SmirnovaEV13@zdrav.mos.ru

Статья поступила 25.12.2024. Принята к печати 28.02.2025. Опубликовано 28.03.2025

Article info

Conflict of interest: the author declares that there is no conflict of interest.

Funding: the author received no financial support for the research.

About the author

Elena V. Smirnova – Senior Researcher, State Budgetary Institution “Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department”, <https://orcid.org/0000-0001-7637-6352>

The author read and approved the final manuscript.

Corresponding author

Elena V. Smirnova
SmirnovaEV13@zdrav.mos.ru

Received 25.12.2024. Accepted for publication 28.02.2025. Published 28.03.2025