

УДК 614.2
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i2;113-123>

Эволюция ценностно-ориентированного подхода: фокус на высокоценностные системы здравоохранения, их применение в глобальном и российском контексте

Ю.В. Бударина

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

Автор, ответственный за переписку, email: ElbekYV1@zdrav.mos.ru

Аннотация

Введение. Оптимизация мировых систем здравоохранения в ответ на вызовы последних десятилетий, включая пандемию COVID-19, увеличение бремени хронических заболеваний, старение населения и быстрый прогресс биомедицинских технологий, ясно указывает на необходимость перехода от традиционных моделей предоставления медицинских услуг к инновационным подходам. В статье рассматриваются основные концепции трансформации здравоохранения: ценностно-ориентированное здравоохранение (Value-Based Health Care, VBHC) и высокоценностные системы здравоохранения (High-Value Health Systems, HVHS). Анализируются их взаимосвязь, сходства и различия, а также опыт их практической реализации в мировом масштабе. Отмечены ключевые моменты для российского здравоохранения в контексте перехода к HVHS. **Цель исследования.** Провести сравнительный анализ концепций VBHC и HVHS, исследовать их взаимосвязь и эволюцию, а также проанализировать глобальный опыт практической реализации для определения путей построения конкурентоспособной системы здравоохранения в России. **Материалы и методы.** Для достижения цели исследования применялся комплекс общенаучных методов познания: систематизация и концептуальный анализ, сравнительно-сопоставительный анализ, обобщение, описательный и аналитический синтез. Исследование опиралось на данные, полученные путем контент-анализа научных публикаций, размещенных в открытых источниках, включая научные базы данных PubMed, Springer Nature, eLibrary.ru. При поиске публикаций использованы ключевые слова value-based healthcare AND healthcare systems. Период охвата – с 1 января 2020 г. по 1 сентября 2025 г. **Результаты.** Проведенный анализ выявил четкую эволюционную траекторию от фокусной модели VBHC, ориентированной на отдельные заболевания, к системной парадигме HVHS, охватывающей все здравоохранение. Сравнение концепций показало их комплементарность: модель VBHC функционирует как тактический инструмент на уровне оказания медицинской помощи, в то время как HVHS представляет собой стратегическую рамку на макроуровне. Глобальный опыт свидетельствует о том, что ни одна страна не сумела реализовать все компоненты этих моделей в полном объеме. В контексте Российской Федерации был отмечен неоднородный характер прогресса.

Ключевые слова: ценностно-ориентированное здравоохранение; высокоценностные системы здравоохранения; VBHC; HVHS; Гарвардская модель; эффективность; системы здравоохранения

Для цитирования: Бударина Ю.В. Эволюция ценностно-ориентированного подхода: фокус на высокоценностные системы здравоохранения, их применение в глобальном и российском контексте. *Здоровье мегаполиса.* 2026;7(2):113-123. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i2;113-123>

УДК 614.2
<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i2;113-123>

Evolution of the Value-Based Approach: Focus on High-Value Health Systems and Their Application in the Global and Russian Context

Yuliya V. Budarina

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

Corresponding author, email: ElbekYV1@zdrav.mos.ru

Abstract

Introduction. The optimization of global healthcare systems in response to the challenges of recent decades, including the COVID-19 pandemic, the increasing burden of chronic diseases, population aging, and rapid advances in biomedical technologies, clearly highlight the need to shift from traditional models of healthcare delivery to innovative approaches. This article examines the key concepts of healthcare transformation: value-based healthcare (VBHC) and high-value health systems (HVHS). It analyzes their interrelationships, similarities and differences, and the experience of their practical implementation globally. Key considerations for the Russian Federation in the context of the transition to HVHS are highlighted. **The goal** was to carry out a comparative analysis of VBHC and HVHS and examine their relationship and evolution, as well as to study the global experience of their implementation for further elaboration of a competitive healthcare system in Russia. **Materials and methods.** To achieve the study's goals, a combination of general scientific research methods was used: systematization and conceptual analysis, comparative analysis, generalization, and descriptive and analytical synthesis. The study relied on data obtained through content analysis of scientific publications published in open data sources, including PubMed, Springer Nature, and eLibrary.ru from January 1, 2020, to September 1, 2025. The keywords “value-based healthcare” and “healthcare systems” were used in the search. **Results.** The analysis revealed a clear evolutionary trajectory from the VBHC model focusing on individual diseases to the systemic HVHS paradigm encompassing all healthcare. A comparison of the concepts revealed their complementarity: the VBHC model functions as a tactical tool at the healthcare delivery level, while HVHS represents a strategic framework at the macro level. Global experience shows that no country has fully implemented all components of these models. In the context of the Russian Federation, uneven progress has been noted.

Keywords: value-based healthcare; high-value health systems; VBHC; HVHS; Harvard model; efficiency; health systems

For citation: Budarina Y.V. Evolution of the Value-Based Approach: Focus on High-Value Health Systems and Their Application in the Global and Russian Context. *City Healthcare*. 2026;7(2):113-123. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2026.v.7i2;113-123>

Введение

Оптимизация мировых систем здравоохранения для реагирования на вызовы последних десятилетий, включая пандемию COVID-19, рост бремени хронических заболеваний, старение населения и стремительный прогресс биомедицинских технологий, со всей очевидностью демонстрирует необходимость перехода от традиционных моделей оказания медицинской помощи к инновационным подходам. Одной из наиболее влиятельных концепций стало ценностно-ориентированное здравоохранение (Value-Based Health Care, VBHC), введенное в 2006 г. как модель, нацеленная на максимизацию ценности для пациента через соотношение достигнутых клинических результатов и понесенных затрат [1–3].

Однако фокус VBHC, первоначально сконцентрированный на отдельных медицинских состояниях и циклах лечения, постепенно эволюционировал в сторону более комплексного подхода, охватывающего всю систему здравоохранения. Эта эволюция нашла свое воплощение в концепции высокоценностных систем здравоохранения (High-Value Health Systems, HVHS), которая расширяет принципы VBHC, добавляя такие компоненты, как системный интеллект, ориентация на контекст и обеспечение справедливости [1, 4]. Гарвардская модель HVHS, в частности, предлагает научно обоснованную структуру из 10 взаимосвязанных компонентов для системной трансформации [4, 5].

Исследование представляет собой не только академический интерес, но и актуальную необходимость осмысления взаимосвязи и различий между концепциями VBHC и HVHS, а также анализа глобального опыта их практической реализации для построения конкурентоспособной, устойчивой и ориентированной на пациента медицинской системы в России, что и предопределило цель настоящей статьи.

Материалы и методы

Для достижения цели исследования применялся комплекс общенаучных методов познания: систематизация и концептуальный анализ, сравнительно-сопоставительный анализ, обобщение, описательный и аналитический синтез. Исследование опиралось на данные, полученные путем контент-анализа научных публикаций, размещенных в открытых источниках данных, включая базы данных PubMed, Springer Nature, eLibrary.ru. При поиске публикаций использованы ключевые слова value-based healthcare AND

healthcare systems в период с 1 января 2020 г. по 1 сентября 2025 г.

Результаты

Концепция VBHC была введена в США в 2006 г. как стратегическая парадигма, призванная преодолеть системные недостатки системы здравоохранения, в частности, их ориентацию на объемы услуг (fee-for-service), а не на достигаемые результаты [1–3]. В основу концепции VBHC, состоящей из 6 элементов (рис. 1), заложена максимизация ценности для пациента.

Модель VBHC позиционируется как преобразующая стратегия, которая ставит во главу угла потребности пациентов и связанные с ними результаты, при этом стимулирует конкуренцию и создает большую ценность в здравоохранении за счет максимизации результатов лечения пациентов при минимизации сопутствующих затрат [6, 7]. В этой модели создание и предоставление ценности сосредоточено вокруг конкретных заболеваний и/или циклов лечения и направлено на сбор сообщаемых пациентами результатов и опыта¹.

Результаты обзора 50 инициатив в области VBHC, которые внедрялись и масштабировались в системах здравоохранения по всему миру, проведенного Douglas A.O et.al. [1], подчеркивают необходимость исследований эффективных моделей здравоохранения, особенно в условиях ограниченных ресурсов, чтобы помочь руководителям систем здравоохранения масштабировать VBHC и переходить к HVHS.

Структура систем здравоохранения с HVHS определяет ключевые компоненты, которые необходимо внедрить для предоставления медицинских услуг с учетом принципов всеобщего равенства и пациентоориентированного подхода. Эти услуги должны характеризоваться эффективностью, действенностью, справедливостью и отзывчивостью, что способствует улучшению здоровья как отдельных лиц, так и групп населения, обеспечению финансовой защиты и удовлетворенности пользователей [1, 4].

Одну из первых моделей HVHS разработали в Лаборатории инноваций в области здравоохранения Гарвардского университета (далее – Гарвардская модель HVHS) [4, 5]. Данная модель предоставляет научно обоснованную структуру для перехода от небольших инициатив здравоохранения, основанных на ценностях, к общесистемным. Структура гарвардской модели HVHS (рис. 2) включает 10 взаимосвязанных компонентов.

¹ Value-based health care. Harvard Business School. Accessed April 14, 2025. <https://www.isc.hbs.edu/healthcare/value-based-health-care/Pages/default.aspx>

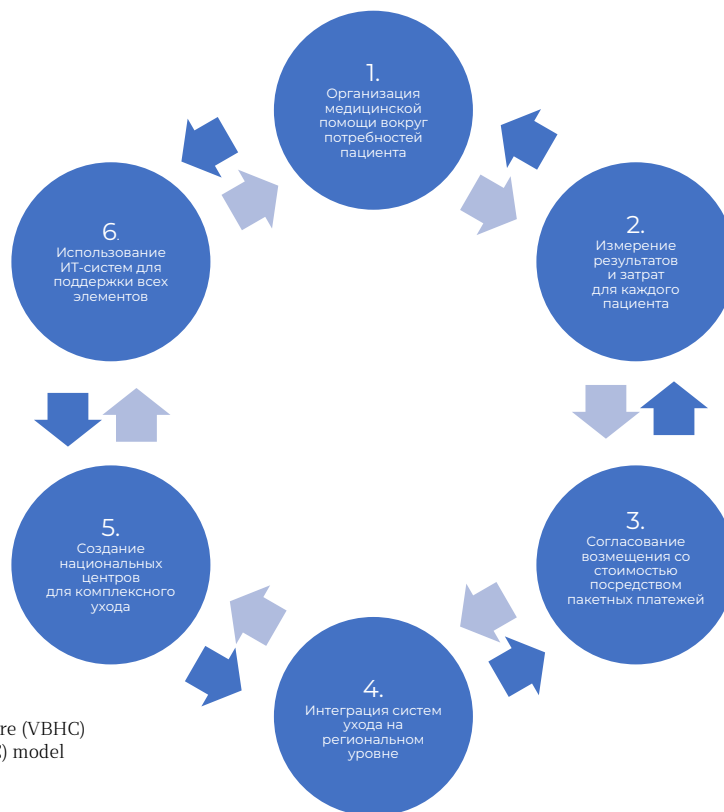


Рис. 1. Модель Value-Based Health Care (VBHC)
Fig. 1. Value-Based Health Care (VBHC) model

Источник: составлено автором.
 Source: compiled by the author.

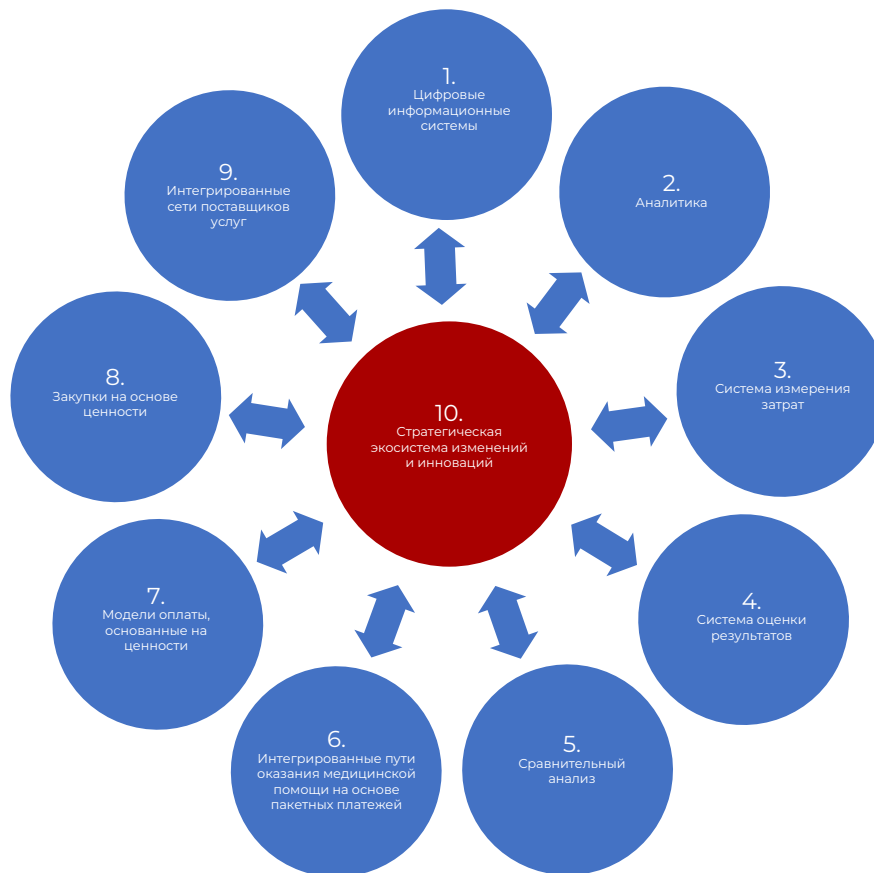


Рис. 2. Гарвардская модель High-Value Health Systems (HVHS) [4]
Fig. 2. Harvard High-Value Health Systems Model (HVHS) [4]

Источник: составлено автором.
 Source: compiled by the author.

Гарвардская модель HVHS расширяет структуру VBHS до 10 компонентов, которые необходимо внедрить для постепенного перехода к HVHS.

1-й компонент. Цифровые информационные системы предназначены для разработки платформ, обеспечивающих сбор, хранение, обработку и передачу данных, относящихся к здоровью пациентов, работе медицинских учреждений и управлению системами здравоохранения. Эти системы могут включать базы данных электронных медицинских карт (ЭМК), лабораторные, радиологические, телематические и другие информационные системы.

2-й компонент. Аналитика подразумевает активное использование цифровых систем обработки данных, которые интегрируют передовые технологии в области научных исследований данных, особенно в контексте медицины. Это включает возможности по объединению, применению и глубокому анализу информации о состоянии здоровья, которая охватывает характеристики населения, эффективность медицинских вмешательств, затраты, процессы и результаты лечения. Используются современные методы, такие как машинное обучение, искусственный интеллект и усовершенствованные техники имитационного моделирования, что позволяет не только выявлять скрытые закономерности в данных, но и предсказывать будущие исходы, а также принимать более обоснованные решения в области здравоохранения.

3-й компонент. Система измерения затрат направлена на точное определение и учет всех ресурсов, затраченных на диагностику, лечение и реабилитацию пациентов. Ее основной целью является установление реальной стоимости медицинских услуг, чтобы все стейкхолдеры использовали единую систему измерения стоимости медицинской помощи. Кроме того, системы измерения затрат должны обеспечивать возможность сравнительного анализа расходов на здравоохранение между поставщиками, плательщиками и пациентами.

4-й компонент. Система оценки результатов включает разработку стандартизированных индикаторов, измерение и сравнительный анализ результатов, связанных с предоставлением медицинских услуг, а также показателей, связанных с результатами, сообщаемыми пациентами (PROM).

5-й компонент. Сравнительный анализ подразумевает сбор и анализ данных, позволяющих проводить сравнение данных (лонгитюдный бенчмаркинг, сравнительный бенчмаркинг, национальный бенчмаркинг). Сравняются возможности системы здравоохранения внутри страны с аналогичными системами в других государствах, обладающих сопоставимыми размерами и уровнями экономического развития.

6-й компонент. Интегрированные пути оказания медицинской помощи на основе пакетных платежей подразумевают способ предоставления и взаимосвязи медицинских услуг, особенно в случаях, когда пациентам необходимо перейти на разные уровни системы здравоохранения, например, при необходимости получения специализированной помощи или для лечения хронических заболеваний.

7-й компонент. Модели оплаты, основанные на ценности (Value-Based Payment Models), относятся к реализации системы вознаграждений, в рамках которой финансовые выплаты поставщикам медицинских услуг осуществляются на основании достижения улучшенных клинических результатов, сокращения затрат на оказание медицинской помощи, а также обеспечения ценности на протяжении всего цикла взаимодействия с пациентами.

8-й компонент. Закупки на основе ценности осуществляются в рамках систем управления цепочками поставок, включая оптимизацию запасов, основанную на цифровой системе данных для отслеживания движения товаров медицинского назначения по всей цепочке создания стоимости. Такие методы могут включать использование аналитики данных для расчета стоимости конкретных товаров и централизованных закупок.

9-й компонент. Интегрированные сети поставщиков услуг демонстрируют степень интеграции различных медицинских услуг в рамках единой системы здравоохранения: от способа общения поставщиков медицинских услуг между собой до способа интеграции специализированных и общих медицинских услуг.

10-й компонент. Стратегическая экосистема изменений и инноваций состоит из трех мер по повышению ценности, лежащих в основе каждого вмешательства. К ним относятся содействие развитию экосистемы инноваций посредством государственной поддержки, поддержка государственно-частного партнерства и инновации.

Внедрение этих компонентов может трансформировать системы здравоохранения, позволяя им предоставлять эффективные услуги как в области общественного здравоохранения, так и индивидуального медицинского обслуживания. Такой подход обеспечит большую отдачу от вложенных средств, при этом услуги будут обеспечивать принцип справедливости и удовлетворять ожидания граждан, что приведет к созданию ценности для широкой аудитории [5].

Высокоэффективные системы здравоохранения (HVHS) ориентированы на влияние на системном уровне и способствуют достижению более значительных экономических, политических и социально-культурных результатов. Существу-

Таблица 1. Сравнение концепций VBHC и HVHS
Table 1. Comparison of VBHC and HVHS concepts

Критерий	VBHC	HVHS
Основной фокус	Микроуровень (отдельный пациент и его состояние здоровья)	Макроуровень (вся система здравоохранения и здоровье нации)
Определение «Ценности»	Ценность = Результаты, важные для пациента / Затраты на полный цикл лечения	Ценность – это баланс между здоровьем населения, качеством, справедливостью и эффективностью
Ключевая цель	Повысить качество и эффективность оказываемой медицинской помощи	Обеспечить справедливый доступ к качественной помощи для всех при контроле общих затрат
Подход к финансированию	Оплата за результат (Value-Based Payment) для стимулирования качества	Всеобщий охват услугами здравоохранения, пулы рисков, стратегические закупки
Основные инструменты	Измерение результатов, сообщаемых пациентами (PROMs, PREMs)	Государственная политика
Уровень применения	Уровень медицинской организации, отделения или мультидисциплинарной команды	Уровень национальной или региональной системы здравоохранения

Источник: составлено автором.
 Source: compiled by the author.

ют три основных принципа, которые отличают высокоэффективные системы здравоохранения от традиционных.

Ценность. Высококачественная медицинская услуга определяется как комплексный результат взаимодействия пациента и медицинской системы, который характеризуется одновременным достижением нескольких ключевых параметров: эффективностью, оперативностью, ответственностью и справедливостью. Основным принципом HVHS является возможность достижения наивысшего уровня здоровья пациента, а также активного участия в жизни общества. Важное внимание уделяется предоставлению людям возможностей для понимания и активного управления своим благополучием наряду с высококачественными медицинскими услугами при эффективном использовании имеющихся ресурсов.

Системный интеллект. Современные системы здравоохранения не могут оставаться статичными и жесткими структурами в условиях постоянных изменений. HVHS эффективно используют существующие данные и технологии для демонстрации устойчивости и расширения охвата, что позволяет сообществам интегрировать здоровые практики в повседневную жизнь.

Контекстная ориентированность. Системы здравоохранения высокого уровня отражают основные ценности и убеждения стран, в которых они функционируют. Таким образом, HVHS способствует благополучию и предоставляет гибкие медицинские услуги, соответствующие

особенностям обслуживаемого населения. Более того, она разрабатывает и внедряет масштабные инновации для достижения системных амбиций.

Несмотря на наличие общих целей, концепции ценностно-ориентированного здравоохранения (VBHC) и высокоценностной системы здравоохранения (HVHS) обладают своими уникальными особенностями и различиями (табл. 1).

Сравнивая концепции VBHC и HVHS, важно понимать, что это не конкурирующие, а дополняющие друг друга концепции.

О результатах внедрения 50 ценностно-ориентированных инициатив, реализованных и масштабированных в системах здравоохранения по всему миру, в своем исследовании сообщают Douglas A.O et. al [1]. Они отмечают, что большинство инициатив содержали от 2 до 3 элементов VBHC и от 3 до 5 компонентов HVHS и ни одна из них не включала все 6 элементов VBHC или 10 компонентов HVHS. Однако инициативы с большим количеством компонентов HVHS, как правило, объединялись на более высоких уровнях системы здравоохранения (т.е. на уровне организации / сети здравоохранения и выше) [8–10].

На национальном уровне внедряют компоненты HVHS несколько стран. Например, Национальная служба здравоохранения Англии, Нидерландский кардиологический реестр и Канадский институт медицинской информации внедрили цифровые системы данных с аналитикой, которая отслеживает затраты и результаты, включая PROM, для отслеживания эффективности с течением времени [5, 11, 12].

Канада внедряет элементы системы HVHS на провинциальном и национальном уровне. Ярким примером служит переход к закупкам медицинских изделий на основе стоимости – компонент, который не упоминался явно ни в одной из проанализированных инициатив. Кроме того, была разработана Общеканадская стратегия данных о здравоохранении, направленная на более эффективное использование данных для улучшения результатов лечения пациентов и повышения эффективности региональных (провинциальных) систем здравоохранения²; также ведется сбор PROM, специфичных для конкретных заболеваний наряду с общенациональными усилиями по стандартизации сбора общих PROM [12].

Исследованию внедрения HVHS посвящен отчет Лаборатории инноваций в области здравоохранения Гарвардского университета, опубликованный в 2024 г. под заголовком *Transitioning to high-value health systems in the G20+ countries* [4]. Основной целью данного исследования являлась оценка прогресса стран Большой двадцатки (G20) и ряда других государств (G20+) в переходе к HVHS.

Результаты показали, что большинство стран G20+ продемонстрировали умеренный прогресс в отдельных компонентах HVHS. Однако ни одна из стран не достигла решительных результатов по всем компонентам. Значительный прогресс был зафиксирован в таких компонентах, как аналитика, стратегические изменения и экосистемы инноваций. В то же время компоненты, связанные с цифровыми системами данных, системами измерения затрат, результатами систем измерения, бенчмаркингом, интегрированными путями оказания медицинской помощи и сетевыми интеграциями провайдеров, проявили лишь умеренный прогресс.

Некоторые страны добились значительного прогресса в отдельных компонентах HVHS. Например, в Австралии широко внедрена система электронных медицинских карт «Моя медицинская карта»³, налажена регулярная отчетность, отмечена высокая степень интеграции здравоохранения; Южная Корея добилась значительных успехов в области цифровизации и интеграции медицинских услуг благодаря сильной государственной поддержке [13]; в Испании действует четкая стратегия мониторинга показателей здравоохранения с помощью инструмента визуализации показателей здоровья INCLASNS⁴; США ведет активную работу по распространению концеп-

туально новых моделей оплаты, направленных на оценку качества медицинских услуг и поощрение экономии [14]; Италия успешно реализует региональную программу интегрированного ухода, снижающую региональные диспропорции в доступе к услугам [15].

Отдельные инициативы становятся примером лучшей практики для других стран. Например, в Англии и Уэльсе введена национальная программа клинического аудита и результатов лечения пациентов (NCAROP)⁵, способствующая улучшению качества предоставляемых услуг; в Индонезии разработана единая медицинская база данных SatuSehat⁶, облегчающая сбор и обработку информации; во Франции введен инструмент e-Satis для систематического измерения удовлетворенности пациентов качеством медицинских услуг [16].

Но, несмотря на достигнутый прогресс, большинство стран столкнулись с серьезными трудностями, такими как нехватка национальных стратегий перехода к HVHS, ограниченность внедрения моделей оплаты, ориентированных на ценность (Value-Based Payment Models), недостаточность стандартов и регламентов измерения себестоимости и итоговых показателей (Outcome Measurement Systems), низкий уровень информатизации и отсутствия общей электронной базы данных в ряде стран. Тем не менее общий тренд направлен на дальнейшее укрепление HVHS посредством постоянного улучшения цифровых технологий, управленческих практик и информационной открытости.

Если говорить об оценке России в рамках Гарвардской модели, то в отчете [4] отмечается, что Российская Федерация демонстрирует неоднородный прогресс в переходе к системе, ориентированной на ценность для пациента. Наибольшие успехи достигнуты в сферах аналитики и управления данными, где страна показывает высокие результаты во многом благодаря централизованному подходу к сбору и отчетности показателей здоровья. Также отмечается заметное продвижение в создании стратегической инновационной экосистемы, развитии бенчмаркинга и внедрении интегрированных путей оказания медицинской помощи, что иллюстрируется успешными пилотными проектами, такими как «Персональный помощник» для онкологических пациентов в Москве [17].

Вместе с тем в отчете выделяется ряд системных вызовов, сдерживающих полномасштабную

² Pan-Canadian Health Data Strategy: Toward a world-class health data system. Expert Advisory Group – Final Report May, 2022. URL: <https://www.canadaca/content/dam/phac-aspc/documents/corporate/mandate/about-agency/external-advisory-bodies/list/pan-canadian-health-data-strategy-reports-summaries/expert-advisory-group-report-03-toward-world-class-health-data-system/expert-advisory-group-report-03-toward-world-class-health-data-system.pdf>.

³ Digital health. URL: <https://www.aihw.gov.au/reports/australias-health/digital-health>.

⁴ Indicadores clave Sistema Nacional de Salud. URL: <https://inclasns.sanidad.gob.es/doc>.

⁵ HQIP/Национальные программы повышения качества. URL: <https://www.hqip.org.uk/national-programmes/>.

⁶ The Indonesian Ministry of Health has recently received the tech giant's support in its development of AI applications in healthcare. URL: <https://www.healthcare-itnews.com/news/asia/google-cloud-looks-incorporate-genai-indonesias-satusehat>

трансформацию. Ключевой проблемой являются значительные региональные диспропорции в доступности и качестве данных, а также слабая стандартизация систем измерения медицинских результатов. Внедрение инструментов оценки, сообщаемых пациентами (PROMs), носит ограниченный характер и не является повсеместной практикой. Кроме того, сохраняется отставание в развитии моделей оплаты, основанных на ценности, и полноценной интеграции сетей поставщиков медицинских услуг.

В целом построение высокоценностной системы здравоохранения в России является сложной, но достижимой стратегической целью. Дальнейшие исследования должны быть сфокусированы на оценке эффективности конкретных пилотных проектов, адаптации международных инструментов измерения ценности к национальным особенностям и разработке экономических моделей, доказывающих долгосрочную эффективность перехода к HVHS для отечественной системы здравоохранения.

Обсуждение

Эволюция от ценностно-ориентированного здравоохранения (VBHC) к концепции высокоценностных систем (HVHS) представляет собой закономерный ответ на системные вызовы современности. Если VBHC заложило фундаментальный принцип на максимизацию ценности для пациента через соотношение результатов и затрат, то HVHS предлагает комплексную дорожную карту для реализации этого принципа в масштабах всей национальной системы. Как показало сравнение (см. табл. 1), эти концепции не конкурируют, а органично дополняют друг друга. VBHC выступает тактическим инструментом на уровне оказания медицинской помощи, в то время как HVHS является стратегической рамкой на макроуровне.

Результаты глобального опыта, представленные в исследовании Douglas A.O et al [1] и отчете лаборатории инноваций Гарвардского университета [4], свидетельствуют о том, что ни одна страна не достигла полной реализации всех компонентов VBHC и HVHS. Это подчеркивает сложность и масштабность системной трансформации. Наиболее значительный прогресс наблюдается в областях, связанных с технологиями (аналитика, цифровые системы), тогда как компоненты, требующие глубоких организационных и культурных изменений (интегрированные пути помощи, ценностно-ориентированные модели оплаты, сетевая интеграция поставщиков), развиваются медленнее. Большинство стран столкнулись с серьезными трудностями, такими

как нехватка национальных стратегий перехода к HVHS, ограниченность внедрения моделей оплаты, ориентированных на ценность (Value-Based Payment Models), недостаточность стандартов и регламентов измерения себестоимости и итоговых показателей (Outcome Measurement Systems). Тем не менее общий тренд направлен на дальнейшее укрепление HVHS посредством постоянного улучшения цифровых технологий, управленческих практик и информационной открытости.

Применительно к Российской Федерации отмечается, что, с одной стороны, есть заметные успехи в создании централизованных систем сбора данных и развитии стратегической инновационной экосистемы, что является прочным фундаментом для дальнейших преобразований. Пилотные проекты, такие как «Персональный помощник» в Москве [17], доказывают практическую применимость принципов HVHS в российском контексте. С другой стороны, сохраняются системные ограничения, главными из которых являются значительные региональные диспропорции. Это приводит к неравенству в доступности и качестве данных, а следовательно, и медицинской помощи.

Заключение

Концепции VBHC и HVHS представляют собой не конкурирующие, а взаимодополняющие и эволюционно связанные парадигмы и являются комплементарными этапами трансформации здравоохранения. Идеальная система будущего – это High-Value Health System, которая использует принципы Value-Based Health Care на уровне оказания медицинских услуг для достижения своих глобальных целей.

Результаты глобального опыта HVHS показали, что, несмотря на умеренный прогресс в отдельных областях, таких как аналитика данных или инновационные экосистемы, ни одна страна не достигла выдающихся результатов по всем компонентам HVHS. Наибольшие трудности связаны с созданием комплексных систем измерения результатов и затрат, внедрением моделей оплаты на основе ценности и развитием цифровой инфраструктуры. Несмотря на эти вызовы, мировой тренд однозначно направлен в сторону укрепления HVHS. Успех будет определяться способностью систем здравоохранения не просто внедрять отдельные инновации, а проводить глубокую структурную реформу, основанную на данных, ориентированную на пациента и нацеленную на создание ценности для всего общества.

Переход к высокоценностной системе в России требует преодоления ключевых вызовов, таких

как региональные диспропорции, слабая стандартизация измерения результатов и медленное внедрение ценностно-ориентированных моделей оплаты. Стратегическими направлениями долж-

ны стать развитие цифровой инфраструктуры, укрепление первичного звена и активное использование механизмов государственно-частного партнерства.

Список литературы

1. Douglas A.O., Senkaiahliyan S., Bulstra C.A. et al. Global Adoption of Value-Based Health Care Initiatives Within Health Systems: A Scoping Review. *JAMA Health Forum*. 2025;6(5):e250746. <https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2025.0746>
2. Khalil H., Ameen M., Davies C., Liu C. Implementing value-based healthcare: a scoping review of key elements, outcomes, and challenges for sustainable healthcare systems. *Frontiers in Public Health*. 2025;13:1514098. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1514098>
3. Мусина Н.З., Омельяновский В.В., Гостищев Р.В. и др. Концепция ценностно-ориентированного здравоохранения. *ФАРМАКОЭКОНОМИКА. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология*. 2020;13(4):438-451. <https://doi.org/10.17749/2070-4909/farmakoeconomika.2020.042>
4. The 2024 Report on “Transitioning to High-Value Health Systems in the G20+ Countries”. Доступно по ссылке: https://hsph.harvard.edu/wp-content/uploads/2024/12/Harvard-HVHS-Report_2024_vFinal.pdf
5. Atun R. So What? Who Cares? The Wrap-Up. In: *Building a High-Value Health System*. New York: Oxford Academic; 2021. <https://doi.org/10.1093/oso/9780197528549.003.0009>
6. Teisberg E., Wallace S., O'Hara S. Defining and Implementing Value-based Health Care: a Strategic Framework. *Academic Medicine*. 2020;95(5):682-685. <https://doi.org/10.1097/ACM.00000000000003122>
7. Porter M.E., Lee T.H. The strategy that will fix health care. *Harvard Business Review*. 2013. Доступно по ссылке: <https://hbr.org/2013/10/the-strategy-that-will-fix-health-care>
8. Bandurska E., Ciećko W., Olszewska-Karaban M. et al. Value-based integrated care (VBIC) concept implementation in a real-world setting—problem-based analysis of barriers and challenges. *Healthcare*. 2023;11(8):1110. <https://doi.org/10.3390/healthcare11081110>
9. Dohmen P., De Sanctis T., Waiyaiya E. et al. Implementing value-based healthcare using a digital health exchange platform to improve pregnancy and childbirth outcomes in urban and rural Kenya. *Frontiers in Public Health*. 2022;10:1040094. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1040094>
10. Hoedemakers M., Karimi M., Leijten F. et al. Value-based person-centred integrated care for frail elderly living at home: a quasi-experimental evaluation using multicriteria decision analysis. *BMJ Open*. 2022;12(4):e054672. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-054672>
11. Van Veghel D., Daeter E.J., Bax M. et al. Organization of outcome-based quality improvement in Dutch heart centres. *European Heart Journal — Quality of Care and Clinical Outcomes*. 2020;6(1):49-54. <https://doi.org/10.1093/ehjqcco/qcz021>
12. Terner M., Louie K., Chow C., Webster G. Advancing PROMs for health system use in Canada and beyond. *Journal of Patient-Reported Outcomes*. 2021;5(Suppl2):94. <https://doi.org/10.1186/s41687-021-00370-6>
13. Kwon A., Lee H.Y., Shin S.Y. et al. Current Health Data Standardization Project and Future Directions to Ensure Interoperability in Korea. *Healthcare Informatics Research*. 2024;30(2):93-102. <https://doi.org/10.4258/hir.2024.30.2.93>
14. Dreyer T. What's the Value in Value-Based Care? 2023. Доступно по ссылке: <https://www.aamc.org/about-us/mission-areas/health-care/whats-value-value-based-care>
15. Cinelli G., Fattore G. The 2022 community-based integrated care reform in Italy: From desiderata to implementation. *Health Policy*. 2024;139:104943. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2023.104943>
16. Crubezy M., Haesebaert J., Geig A., Michel P. Valoriser e-Satis : nouvelle méthode d'analyse de l'Expérience Patient. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2023;71(3):101839. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2023.101839>

17. Чеканникова О.А. Проект «Персональный помощник». *Московская медицина*. 2023;5(57):28-30. Доступно по ссылке: <https://niioz.ru/moskovskaya-meditsina/zhurnal-moskovskaya-meditsina/glavnoe/proekt-personalnyu-pomoshchnik/>

References

- Douglas A.O., Senkaiahliyan S., Bulstra C.A. et al. Global Adoption of Value-Based Health Care Initiatives Within Health Systems: A Scoping Review. *JAMA Health Forum*. 2025;6(5):e250746. <https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2025.0746>
- Khalil H., Ameen M., Davies C., Liu C. Implementing Value-based Healthcare: a Scoping Review of Key Elements, Outcomes, and Challenges for Sustainable Healthcare Systems. *Frontiers in Public Health*. 2025;13:1514098. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1514098>
- Musina N.Z., Omelyanovskiy V.V., Gostishchev R.V. et al. The Concept of Value-based Healthcare. *FARMA-KOEKONOMIKA. Modern Pharmacoeconomics and Pharmacoepidemiology*. 2020;13(4):438-451. <https://doi.org/10.17749/2070-4909/farmakoekonomika.2020.042> (In Russ.)
- Khvatova E., Joshi P., Brothers L. et al. The 2024 Report on “Transitioning to High-Value Health Systems in the G20+ Countries”. *Health Systems Innovation Lab. Harvard University*. 2024. 126 p. Available from: https://hsph.harvard.edu/wp-content/uploads/2024/12/Harvard-HVHS-Report_2024_vFinal.pdf
- Atun R. So What? Who Cares? The Wrap-Up. In: *Building a High-Value Health System*. New York: Oxford Academic. 2021. <https://doi.org/10.1093/oso/9780197528549.003.0009>
- Teisberg E., Wallace S., O'Hara S. Defining and Implementing Value-based Health Care: a Strategic Framework. *Academic Medicine*. 2020;95(5):682-685. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000003122>
- Porter M.E., Lee T.H. The Strategy that Will Fix Health Care. *Harvard Business Review*. 2013. Available from: <https://hbr.org/2013/10/the-strategy-that-will-fix-health-care>
- Bandurska E., Ciećko W., Olszewska-Karaban M. et al. Value-based Integrated Care (VBIC) Concept Implementation in a Real-world Setting—Problem-based Analysis of Barriers and Challenges. *Healthcare*. 2023;11(8):1110. <https://doi.org/10.3390/healthcare11081110>
- Dohmen P., De Sanctis T., Waiyaiya E. et al. Implementing Value-based Healthcare using a Digital Health Exchange Platform to Improve Pregnancy and Childbirth Outcomes in Urban and Rural Kenya. *Frontiers in Public Health*. 2022;10:1040094. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1040094>
- Hoedemakers M., Karimi M., Leijten F. et al. Value-based Person-centred Integrated Care for Frail Elderly Living at Home: a Quasi-experimental Evaluation using Multicriteria Decision Analysis. *BMJ Open*. 2022;12(4):e054672. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-054672>
- Van Veghel D., Daeter E.J., Bax M. et al. Organization of Outcome-based Quality Improvement in Dutch Heart Centres. *European Heart Journal — Quality of Care and Clinical Outcomes*. 2020;6(1):49-54. <https://doi.org/10.1093/ehjqcco/qcz021>
- Terner M., Louie K., Chow C., Webster G. Advancing PROMs for Health System Use in Canada and Beyond. *Journal of Patient-Reported Outcomes*. 2021;5(Suppl 2):94. <https://doi.org/10.1186/s41687-021-00370-6>
- Kwon A., Lee H.Y., Shin S.Y. et al. Current Health Data Standardization Project and Future Directions to Ensure Interoperability in Korea. *Healthcare Informatics Research*. 2024;30(2):93-102. <https://doi.org/10.4258/hir.2024.30.2.93>
- Dreyer T., Joynt Maddox K. What's the Value in Value-Based Care? *Washington, DC. AAMC*. 2023. Available from: <https://www.aamc.org/about-us/mission-areas/health-care/whats-value-value-based-care>
- Cinelli G., Fattore G. The 2022 Community-based Integrated Care Reform in Italy: From Desiderata to Implementation. *Health Policy*. 2024;139:104943. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2023.104943>
- Crubezy M., Haesebaert J., Geig A., Michel P. Valoriser e-Satis: Nouvelle Méthode d'Analyse de l'Expérience Patient. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2023;71(3):101839. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2023.101839>

17. Chekannikova O.A. The Personal Assistant Project. *Moscow Medicine*. 2023;5(57):28-30. Available from: <https://niioz.ru/moskovskaya-meditsina/zhurnal-moskovskaya-meditsina/glavnoe/proekt-personal-nyu-pomoshchnik/> (In Russ.)

Информация о статье

Конфликт интересов: автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: данная статья подготовлена автором / авторским коллективом в рамках НИР «Разработка методологических подходов ценностно-ориентированного здравоохранения (ЦОЗ) в городе Москве» (№ по ЕГИСУ: № 123032100062-6).

Сведения об авторе

Бударина Юлия Викторовна – научный сотрудник ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», <http://orcid.org/0000-0001-8397-8327>

Автор прочитал и одобрил окончательный вариант рукописи.

Для корреспонденции

Бударина Юлия Викторовна
ElbekYV1@zdrav.mos.ru

Статья поступила 27.10.2025
Принята к печати 21.04.2026
Опубликована 26.06.2026

Article info

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

Funding: This article was prepared by the author/authors' team as part of the research project "Development of methodological approaches to value-oriented healthcare (VOH) in the city of Moscow" (EGISU No. 123032100062-6).

About author

Yuliya V. Budarina – Researcher of the Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, <http://orcid.org/0000-0001-8397-8327>

The author read and approved the final version of the manuscript.

Corresponding author

Yuliya V. Budarina
ElbekYV1@zdrav.mos.ru

Received 27.10.2025
Accepted for publication 21.04.2026
Published 26.06.2026